

Sommersemester  
2015



## Bachelorarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Bachelor of Arts (B.A.)

*Frühe Hilfen zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe*

*am Beispiel der Familienhebammen*

Isabell Roof

Hochschule Magdeburg Stendal

Fachbereich: Angewandte Humanwissenschaften

Studiengang: Angewandte Kindheitswissenschaften

Geboren am: 03.08.1992

Matrikelnummer: 20122599

Telefonnummer: 015739601561

Email: [isabellroof@gmx.de](mailto:isabellroof@gmx.de)

Erstprüfer: Prof. Dr. Raimund Geene, Master of Public Health

Zweitprüferin: Elena Sterdt, Master of Public Health

Abgabetermin: 17.09.2015

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung.....	5
2.	Frühe Hilfen .....	8
2.1.	Entstehung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen .....	8
2.2.	Definition Frühe Hilfen .....	9
2.3.	Ziele der Frühen Hilfen.....	11
2.4.	Aktionsprogramm 2007 bis 2010.....	12
2.5.	Qualitätsentwicklung der Frühen Hilfen .....	13
2.6.	Bedeutung der Kosten und Nutzen in den Frühen Hilfen .....	15
2.7.	Präventionsgesetz.....	16
3.	Früher Hilfen im Rahmen Gesundheitshilfe .....	17
3.1.	Rechtsgrundlage der Frühen Hilfen in der Gesundheitshilfe.....	17
3.2.	Hebamme .....	18
4.	Frühe Hilfen im Rahmen Kinder- und Jugendhilfe .....	20
4.1.	Kindeswohlgefährdung.....	20
4.2.	Bundeskinderschutzgesetz.....	21
5.	Gemeinsames Netzwerk Frühe Hilfen .....	22
6.	Familienhebammen.....	25
6.1.	Definition Familienhebammen.....	27
6.2.	Ausbildung und Qualifikation der Familienhebammen .....	28
6.3.	Kompetenzprofil Familienhebamme.....	29
7.	Präventionsansatz im Sozial- und Gesundheitswesen .....	31
8.	Vor- und Nachteile der unterschiedlichen institutionellen Zugehörigkeit von Familienhebammen.....	32
9.	Aktueller Stand .....	33
9.1.	Begleitforschung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen .....	33
9.2.	Die Arbeit der Fachkräfte Frühe Hilfen für das Jahr 2014 im Landkreis Stendal.....	35
9.3.	Darstellung der Auswertung der Arbeit der Fachkräfte Frühe Hilfen im LK Stendal	36
10.	Zielsetzung und Hypothesen der empirischen Arbeit.....	38
11.	Datenerhebung .....	39
11.1.	Erhebungsinstrumente .....	39
11.2.	Feldforschung .....	40
11.3.	Forschungstriangulation .....	40

11.4.	Problemzentriertes Experteninterview .....	41
11.5.	Sekundäranalyse .....	42
11.6.	Verlauf des Forschungsprozesses.....	42
11.7.	Datenauswertung .....	44
11.8.	Qualitative Inhaltsanalyse .....	44
11.9.	Formale Datenanalyse der qualitativen Inhaltsanalyse.....	46
12.	Ergebnisse .....	48
12.1.	Fördernde Faktoren .....	48
12.2.	Hemmende Faktoren .....	54
12.3.	Bewältigungsstrategien .....	61
13.	Diskussion .....	63
13.1.	Hypothese Professionalität der Familienhebammen .....	63
13.2.	Hypothese gemeinsames Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz .....	64
13.3.	Hypothese Verortung der Familienhebamme .....	65
13.4.	Hypothese monetären und personellen Rahmenbedingungen .....	65
13.5.	Hypothese psychosozialen Belastungen.....	66
13.6.	Zusammenfassung der Ergebnisse anhand der Leitfragen.....	67
14.	Fazit.....	68
15.	Quellenverzeichnis.....	70
16.	Eidesstaatliche Erklärung .....	76
17.	Transkription des Interviews auf CD .....	77
18.	Anlagen .....	78

## 1. Einleitung

Die vorliegende Bachelorarbeit „Frühe Hilfen zwischen der Gesundheits- und Jugendhilfe am Beispiel der Familienhebammen“ betrachtet die Entwicklung der Frühen Hilfen und die Arbeit der Familienhebammen zwischen den zwei Hilfesystemen.

Seit den 70ziger Jahren wird der Begriff Frühe Hilfen von der Frühförderung geprägt. Eine Verwendung findet der Begriff im Besonderen im Gesundheitssystem und der Kinder- und Jugendhilfe. In den letzten Jahren wurde der Begriff Frühe Hilfen im Zusammenhang mit dem Kinderschutz und der Prävention geprägt und neu definiert. Im Jahr 2009 wurde durch den wissenschaftlichen Beirat des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen eine Begriffsbestimmung verabschiedet. Diese Begriffsbestimmung spiegelt den aktuellen Stand wieder und ist eine Grundlage der vorliegenden Arbeit. Ein Fördergegenstand der Bundesinitiative Frühen Hilfen sind die Familienhebammen.

Die Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen. Die Grundlage der autonomen Hebammenarbeit ist die Vertrauensstellung für Frauen und Familien. Die Familienhebammentätigkeit geht über die originäre Hebammenarbeit hinaus. Das Tätigkeitsspektrum unterscheidet sich signifikant im Hinblick auf den Auftrag, das Setting, Betreuungszeitraum und –dauer, der Frequenz, sowie Inhalte der Arbeit. Erstmals erwähnt wurde der Begriff Familienhebamme im Modellprojekt „Familienhebamme“ im Jahr 1980 in Bremen. Aufgrund einer überdurchschnittlichen Rate der Säuglingssterblichkeit wurde das, an der Hochschule Hannover mit dem damaligen Bund Deutscher Hebammen e.V. entworfene Modellprojekt durchgeführt.

Trotz der Erfolge im benannten Modellprojekt ging es nicht flächendeckend in die Regelversorgung ein. Im Zuge der Bundesinitiative Frühe Hilfen und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen erhielt die Familienhebammentätigkeit erneutes Aufsehen. Die Familienhebammen werden aufgrund ihrer Vertrauensbasis der originären Hebammentätigkeit als eine Schlüsselposition zwischen der Gesundheitshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe gesehen.

Im Zuge der Halbzeitkonferenz der Bundesinitiative Frühe Hilfen zeigte der Deutsche Hebammenverband e.V. im Jahr 2014 einen dringenden Handlungsbedarf auf. Ein Handlungsbedarf wird in der Rolle der Familienhebammen bei den Frühen Hilfen gesehen. Die Gründe für einen Handlungsbedarf sieht der Deutsche Hebammenverband e.V. in der Angliederung eines Gesundheitsfachberufes an das Jugendamt. Dabei wird im Detail auf die oftmals ungeklärte Rechtssituation, den Datenschutz, die Vertrauensposition, die geringen

Honorierung und einer fehlenden Abgrenzung der Hebammenhilfen bei den Frühen Hilfen zu anderen beteiligten Professionen hingewiesen. Die Familienhebammen sind in ihrer Grundprofession der parteilichen Arbeit für die Familien und der Schweigepflicht verortet. Daraus ergeben sich Probleme in der Praxis. Demnach sind die Hebammen in erster Linie den von ihnen betreuten Frauen und Familien verpflichtet und nicht einer übergeordneten Behörde wie dem Jugendamt. Sie sehen ein Problem in der Kinderschutz- und Datenschutzdebatte. Dem Deutschen Hebammenverband e.V. nach, ist der Kinderschutz im Sinne der Jugendhilfe nicht Aufgabe einer Familienhebamme. Die Aufgaben der Familienhebammen implizieren den Kinderschutz als Teil und Ziel ihrer Arbeit. Allerdings hat die Familienhebamme keine Überwachungsfunktion des Kindes in der Vertretung des Jugendamtes. Die Familienhebammen üben eine begleitende Funktion aus mit dem Ziel, Eltern und Familien in ihren Erziehungs- und Versorgungskompetenzen zu befähigen und zu stärken. Die Überschneidung der Hebammenhilfe mit der Tertiärprävention wird von dem Deutschen Hebammenverband e.V. sowie im Zwischenbericht der Bundesregierung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen als problematisch bewertet.

Die aufgeführte Debatte des Deutschen Hebammenverbandes zeigt das Spannungsfeld der Arbeit der Familienhebammen zwischen dem SGB V und dem SGB VIII auf.

Die Arbeit während meines Auslandspraktikums in einem Familienzentrum zeigte mir die Wichtigkeit einer niedrigschwelligen und auf Vertrauen basierenden Arbeit auf. Im Rahmen der Teilnahme am Kongress „Armut und Gesundheit“ 2015 und der Betreuung der Frühen Hilfen konnte ich einen Einblick in die aktuellen Debatten der Frühen Hilfen erhalten. Teil der Debatte war die fachliche Verortung der Frühen Hilfen und der agierenden Familienhebammen. In der folgenden Arbeit wird die fachliche Verortung der Frühen Hilfen und der Familienhebamme unter der Gesundheitshilfe (SGBV), der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), dem Hebammengesetz (HebG), dem Kinderschutzgesetz (KKG) und dem Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) betrachtet.

Die ressourcenorientierte Arbeit der Familienhebammen, in den Frühen Hilfen und die Unterstützung der Erziehungskompetenz, in Form einer Begleitung und nicht einer Kontrolle, entsprechen der Grundhaltung des Studiengangs Angewandte Kindheitswissenschaften.

Das Erkenntnisinteresse der Arbeit liegt in der Untersuchung von fördernden und hemmenden Faktoren der Familienhebammentätigkeit. Im Besonderen wird das Empfinden der Arbeit zwischen dem SGB V und dem SGB VIII, sowie die entwickelten Umgangsstrategien betrachtet. Die Themenschwerpunkte sind im Weiteren der Kinderschutz und die Potentiale des Netzwerkes Frühe Hilfen und Kinderschutz.

Die folgende Bachelorarbeit ist grob in drei Punkte gegliedert. Zu Beginn werden die theoretischen Grundlagen dargelegt und die einzelnen Akteure beschrieben.

Die Bachelorarbeit fängt mit der Betrachtung der Frühen Hilfen und der Bedeutung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und dessen Bundesinitiative Frühe Hilfen an.

Herausgearbeitet werden Qualitätsmerkmale, die finanzielle Lage der Frühen Hilfen sowie die Bedeutung des Präventionsgesetz und der Ottawa Charta für die Frühen Hilfen.

Anschließend werden die Frühen Hilfen im Rahmen der Gesundheitshilfe inklusive der Hebammentätigkeit betrachtet. Daran anknüpfend werden im Kapitel Frühe Hilfen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe die Themen Kinderschutz und Kindeswohlgefährdung heraus gearbeitet. Anschließend wird das Gemeinsame Netzwerk Frühe Hilfen unter den Punkt der Entwicklung und Zusammenarbeit der beiden Hilfesysteme knapp zusammengefasst. Nach den Erläuterungen der Frühen Hilfen schließt sich das Kapitel der Familienhebammen an. In diesem Kapitel wird genau die Arbeit der Familienhebammen analysiert und wird anschließend mit dem Präventionsauftrag im Kapitel Präventionsansatz im Sozial- und Gesundheitswesen abgerundet.

In Folge der theoretischen Betrachtung mit Hilfe der Literaturrecherche schließt die Betrachtung des aktuellen Standes an. Hinzugezogen wird hierfür die Betrachtung der Begleitforschung der Bundesinitiative Frühe Hilfen sowie der Darstellung der Auswertung der Arbeit der Fachkräfte Frühe Hilfen im LK Stendal 2014.

Der Hauptteil der Arbeit konzentriert sich auf die Forschung und die Analyse der Interviews. Der Abschnitt der Analyse der eigenen Untersuchung beginnt mit dem Kapitel der Zielsetzung und Hypothesen der empirischen Arbeit. Darauf aufbauend schließt das Kapitel der Datenerhebung an. Die Datenerhebung der Feldforschung wurde mit Hilfe einer Forschungstriangulation aus Experteninterviews, der Sekundäranalyse von bestehenden empirischen Materials und einer Literaturrecherche durchgeführt.

Die Arbeit endet mit der Diskussion der Ergebnisse und schließt mit einem Fazit ab. Ausgewertet wurden die Daten mit Hilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Abgeschlossen wird die Analyse der Ergebnisse mittels einer Diskussion mit anschließendem Fazit. Das Fazit enthält neben den Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen, Möglichkeiten zur Optimierung der Arbeit der Familienhebammen zwischen dem SGB V und dem SGB VIII.

## 2. Frühe Hilfen

Das folgende Kapitel der Bachelorarbeit zu „Frühe Hilfen zwischen Gesundheits- und Jugendhilfe am Beispiel der Familienhebammen“ beschreibt zunächst die Entstehung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und definiert auf der Grundlage einer Literaturrecherche den Begriff Frühe Hilfen. Im Anschluss daran werden herausgearbeitete Ziele und Qualitätsmerkmale dargestellt. Grundlage für das vorliegende Kapitel ist zu dem das beschriebene Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“. Im Zuge dessen werden im Punkt Kosten und Nutzen die finanziellen Vorzüge der Frühen Hilfen aufgelistet und abschließend die Bedeutung des ab dem 01.01.2016 in Kraft tretenden Präventionsgesetz für die Frühen Hilfen betrachtet.

### 2.1. Entstehung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen

Mit dem Start des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen“ im Jahr 2007 wurde das Nationale Zentrum Frühe Hilfen implementiert. Gegründet wurde es auf der Bundesebene durch das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSJ). Seit März 2007 arbeitet das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) in Kooperation mit der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) und dem Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJI) zusammen. Das Modellprojekt „Frühe Hilfen“ entwickelte sich aus dem in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz (BkiSchG). Das am 01. Januar 2012 begonnene Modellprojekt „Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen“ wurde auf vier Jahre begrenzt. Die Koordination wurde durch das BMFSJ an das NZFH angesiedelt. (NZFH 2014a: 13)

Die Bundesinitiative soll die Weiterentwicklung der Netzwerke von Frühen Hilfen voran bringen und diese im Aufbau stärken sowie den Einsatz von Familienhebammen unterstützen. Sie dient zur Vorbereitung in den Ländern und Kommunen, um einen auf Dauer angelegten gesetzlichen Fonds zu errichten. Dieser gesetzliche Fonds soll auch nach der Beendigung der Modellphase die Netzwerke Frühe Hilfen, sowie eine psychosozial Unterstützung für Familien leisten. (ebd.)

Die Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen ist seit dem 01.07.2012 für die Bundesinitiative Frühe Hilfen zuständig und führt die wissenschaftliche Begleitung in Form von Evaluation und Weiterentwicklung der Frühen Hilfen, der Qualitätsentwicklung und Qualifizierung der Fachpraxis, einem interdisziplinären und überregionalen Austausch und der Ausgestaltung der Öffentlichkeitsarbeit durch. (NZFH 2014a: 21)

Die Bundesinitiative Frühe Hilfen hat demnach positiv zur Weiterentwicklung und zum Ausbau der Frühen Hilfen beigetragen. Im Zuge dessen ist die im nächsten Abschnitt folgende Definition der Frühen Hilfen entstanden.

## **2.2. Definition Frühe Hilfen**

„Frühe Hilfen beziehen ihre Legitimation aus der Plausibilität des Präventionsgedankens: Vorbeugen ist besser als Heilen.“ (Die deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. 2012)

Frühe Hilfen sind lokale und regionale Unterstützungssysteme, die präventiv an die Ressourcen der Eltern und deren Kindern orientiert sind und ab der Schwangerschaft koordinierte Hilfen anbieten. (ebd.)

Auf der 4. Sitzung des Wissenschaftlichen Beirats des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen am 26.06. 2009 wurde Begriff Frühe Hilfen diskutiert und wie folgt definiert. (NZFH 2013 a)

Die Frühen Hilfen beziehen sich im Besonderen auf die Altersgruppen der 0-3 Jährigen und deren Eltern. Das Netzwerk der Frühen Hilfen unterstützt dabei die Familien in ihren Entwicklungsmöglichkeiten in den Bereichen des Alltags, der Gesundheit sowie der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen. Dies fördert ein nachhaltiges und gesundes Aufwachsen, nach der Kinderrechtskonvention unter den Prämissen der Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe. (Geene et al. 2013)

Nachstehend werden die Situationen in denen sich Familien mit besonderem Hilfebedarf befinden vorgestellt. Die Familien, denen die Frühe Hilfe vorzugsweise Unterstützung zu kommen lassen sollen, werden näher betrachtet und die einzelnen Hilfesysteme vorgestellt. Im Anhang befindet sich eine Abbildung von Reinhold Schone der die Frühen Hilfen zwischen den Ressourcen und der Belastung in drei Teile aufgliedert. Aufgeteilt sind die Frühen Hilfen in fördern, helfen und schützen. Die Abbildung zeigt die Frühen Hilfen mit ihren Aufgaben in dem jeweiligen Präventionsauftrag.

Abbildung Schwerpunkt Frühe Hilfen

Familien mit besonderem Hilfebedarf sind meist großen Belastungen ausgesetzt, die sie nicht aus eigener Kraft bewältigen können. Belastungen denen die Familien unterliegen sind nach der Begleitforschung vielschichtig und können von eigenen psychischen Beeinträchtigungen, häuslicher Gewalt, dem Migrationshintergrund, einem niedrigen Bildungsstand, ein geringes Einkommen bis zu Armut sein. (Götze et. al 2009)

Die Diversität der Familien und der Frühen Hilfen spiegelt sich in der Angebots- und Vernetzungsvielfalt wieder, welche auf die Netzwerkarbeit zu weiteren Kooperations- und Einrichtungenpartnern und deren Angeboten zugreift. Dadurch ermöglichen die Diversität eine multiprofessionelle Kooperation. Genutzt werden laut des NZFH dabei nicht nur die primär (universelle) Prävention der Gesundheitsförderung, sondern auch sekundär (selektive) Präventionsangebote für Familien in Problemlagen. Die Frühen Hilfen verbinden nach einer Abbildung der deutschen Liga für das Kind die vier Bereiche der Gesundheitshilfe (SGB V; § 24, § 36), der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII), der Schwangerschaftsberatung (Schwangerschaftskonfliktgesetz SchKG) sowie der Frühförderung (SGB IX; §30, §56). (Die deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. 2012)

Vorbeugend sollen die Frühen Hilfen Risiken zum Wohl des Kindes und seiner Entwicklung reduzieren. Demnach können jedoch die Frühen Hilfen die Gefährdung des Kindeswohles nicht verhindern. Die Maßnahmen, die über die Angebote der Frühen Hilfen hinaus reichen, müssen daraufhin aktiviert werden. (NZFH 2013a)

Die Bedeutung der früh einsetzenden Hilfen ist hoch und wird zu dem durch die Erkenntnisse der Entwicklungspsychologie und Neurobiologie.<sup>1</sup> (NZFH 2011c: 14)

Zusammenfassend sind die drei zentralen Merkmale der Frühen Hilfen nach Bastian(2008)

- „Die Fokussierung auf die Prävention von Vernachlässigung und Misshandlungen bei Säuglingen und Kleinkindern beginnend mit der Schwangerschaft bis zum Ende des dritten Lebensjahres,
- die Früherkennung von familiären Belastungen und Risiken für das Kindeswohl sowie
- die Frühzeitige Unterstützung der Eltern zur Stärkung ihrer Erziehungskompetenzen.“ (Bastian et al. 2008: 109)

Die drei genannten Merkmale finden sich im anschließenden Abschnitt bei Studien der KiGGS, in den Zielen der Mindestanforderungen zur Qualifizierung von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen (Präambel VV BIFH), im Handlungsleitfaden der Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt in Berlin von Gesundheit Berlin Brandenburg sowie in den Zielen der Bundesinitiative Frühe Hilfen des NZFH wieder.

---

<sup>1</sup> Wie zum Beispiel die Bindungstheorie und die Entwicklung der Gehirnstrukturen. (NZFH 2011c: 14)

<sup>2</sup> Die Auflistung und Aufteilung der Handlungsanforderung befindet sich im Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013b): *Kompetenzprofil Familienhebammen*. Köln: BZgA., 22-51

<sup>3</sup> Liegt zur Ansicht im Anhang bei

<sup>4</sup> liegt zur Ansicht dem Anhang bei

<sup>5</sup> „Damit wird der normativ schwierige Umstand beschrieben, dass handlungs- und ressourcenstarke<sup>10</sup> Gruppen durch wirksame [...]Präventions- und Förderangebote weiter gestärkt werden.

### 2.3.Ziele der Frühen Hilfen

Untersuchungen des Robert- Koch- Institut zeigen, dass Gesundheitschancen in der Gesellschaft ungleich verteilt sind.(Bastian et al. 2008: 106) Kinder, die zum Beispiel in Familien mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leben, haben geringere Chancen gesund aufzuwachsen. Aufgrund ihrer Belastungen, meist in Form von Mangelerfahrungen, sind diese Kinder einem erhöhten Krankheitsrisiko ausgesetzt. Laut der KiGGS Studie (2015) werden sie zudem schlechter von Angeboten der Gesundheits- und Sozialhilfe erreicht.

In den Mindestanforderungen zur Qualifizierung von Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pflegern im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen wird das anschließende Ziel genannt.

„Ziel ist eine Stärkung der Frühen Hilfen, die sich an alle Eltern ab der Schwangerschaft und an Eltern mit Kleinkindern wenden, um über Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren und insbesondere Eltern in belastenden Lebenslagen spezifische Hilfen anzubieten. Bund und Länder wollen faire Chancen und gute Lebensbedingungen von Anfang an für Kinder im gesamten Bundesgebiet sicherstellen“ (Präambel VV BIFH)

Ein Ziel der Frühen Hilfen ist es daher Familien mit besonderem Hilfebedarf passgenaue Unterstützung zum frühestmöglichen Zeitpunkt zukommen zu lassen. Eine passgenaue Unterstützung ist nach der Begleitforschung der Bundesinitiative flächendeckend und bedarfsgerecht, welche die Versorgung der Familien fördert und verbessert. Zudem können die Kosten nachhaltig gesenkt werden und weitere skandalisierende Schlagzeilen über Vernachlässigungen vermieden werden. (NZFH 2013a)

„Eltern sind die Schlüsselpersonen kindlichen Wohlbefindens“ (Gesundheit Berlin Brandenburg 2014:5) und benötigen einen ressourcenorientierten und partizipativen Umgang. Frühe Hilfen sollten nach dem Ressourcenansatz der Gesundheitsförderung agieren. Demnach fordern die Frühen Hilfen ein präventives Unterstützungsangebot zur elterlichen Kompetenzförderung. (ebd.) Das Ziel soll es sein, die Frühen Hilfen in ein gesamtgesellschaftliches Engagement einzubetten und auf die bedeutende Rolle von eigenen Netzwerken und der sozialen Verknüpfungen von Freundschaften oder Nachbarschaften nach Bourdieu (1982) „Sozialen Kapitals“, einzugehen.

Das Ziel der Mobilisierung des Selbsthilfepotentials setzt immer die freiwillige Annahme der Angebote zur Unterstützung voraus und ist zudem der erste Schritt im Hilfeprozess zur partizipativen Beteiligung der Familien. (NZFH 2012c: 7)

Ein positiveres Image der Jugendhilfe und ein unbürokratischeres Verhalten können durch die Frühen Hilfen umgesetzt werden, in dem das Netzwerk Hilfsangebote partizipativ und dialogisch gestaltet. In diesem Zusammenhang können die Zugänge zu belasteten Familien verbessert und Sublogiken verstanden werden. (NZFH 2013a)

Die Ziele der Bundesinitiative werden durch die Förderung der folgenden vier Bereiche erreicht.

„1) Netzwerke mit Zuständigkeiten für Frühe Hilfen (Art. 2 Abs. 3 VV BIFH)

2) Einsatz von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen im Kontext Frühe Hilfen (Art. 2 Abs.4 VV BIFH)

3) Ehrenamtsstrukturen im Kontext Frühe Hilfen (Art. 2 Abs.5 VV BIFH)

4) Weitere zusätzliche Maßnahmen zur Förderung Früher Hilfen, sofern die Strukturen und Angebote des ersten und zweiten Förderbereiches bedarfsgerecht zur Verfügung stehen (Art. 2 Abs. 6 VV BIFH)“ ( NZFH 2014a: 16)

Diese Bereiche fördern ein neues Professionsverständnis was eine Mediation und Moderation mit den Familien anstrebt und in der Arbeit mit den Familien nicht nur Dokumentiert sondern auch Evaluert. Daraus schließend entsteht eine Lotsen- statt eine Kontrollfunktion. ( Geene et. al.2013)

#### **2.4. Aktionsprogramm 2007 bis 2010**

Nachfolgend wird das Aktionsprogramm „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ beschrieben. Abschließend werden Erkenntnisse aus den Modelprojekten kurz skizziert.

Ab dem Jahr 2007 bis zum Jahr 2010 wurden im Rahmen des Aktionsprogrammes vom Bund zehn Modellprojekte zu dem Thema Frühe Hilfen gefördert. Alle zehn Projekte erreichten, teilweise länderübergreifend, alle 16 Bundesländer und bestanden aus Praxisprojekten und der jeweiligen wissenschaftlichen Begleitung. Finanziert wurden diese Projekte jedoch von den Ländern, Kommunen und Gemeinden, Stiftungen oder freien Trägern. (NZFH 2014b)

Die Untersuchungsschwerpunkte waren in fast allen Projekten die Kooperations- und Vernetzungsstrukturen von den Akteuren im Netzwerk Frühe Hilfen, im Besonderen der Gesundheitshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe sowie die niedrigschwellige Arbeit von Familienhebammen. Projektübergreifend wurde der fachliche Austausch durch das Nationale Zentrum Frühe Hilfen koordiniert (2014c).

Publikationen, Arbeitshilfen und Empfehlungen für die weitere Praxis waren Produkte der Untersuchung von den Frühen Hilfen durch das NZFH. Die Ergebnisse dessen wurden in die Beratung des Bundeskinderschutzgesetzes, sowie in der Gestaltung der Bundesinitiative Frühe Hilfen genutzt. Erkenntnisse die aus den zehn Modellprojekten im Bundeskinderschutzgesetz berücksichtigt wurden sind:

- „Qualifizierte koordinierte kommunale Netzwerke sind eine notwendige Voraussetzung für die sektorenübergreifende Vermittlung von passgenauen Hilfen.
- Familienhebammen und Fachkräfte aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen sind ein geeignetes niedrigschwelliges, zugehendes Unterstützungsangebot aus dem Gesundheitsbereich.
- Schwangerschaftsberatungsstellen und Geburtskliniken sind Kooperationspartner mit Schlüsselfunktionen für den Zugang zum Netzwerk Frühe Hilfen.“ (NZFH 2014a: 15)

Die drei vorangegangenen Erkenntnisse der Modellprojekte zeigen im Besonderen die Wichtigkeit der Bundesinitiative Frühe Hilfen und deren aufgebauten Netzwerke, um Hilfen multidisziplinär, passgenau und niedrigschwellig anbieten zu können.

## **2.5. Qualitätsentwicklung der Frühen Hilfen**

Grundlage einer qualitativen Arbeit der Frühen Hilfen sollten immer nach Ottawa Charta (1986) und deren drei Kernstrategien und fünf Handlungsfeldern agieren.

Die drei Kernstrategien der Ottawa Charta sind:

- Befähigen („enable“)
- Vermitteln („mediate“)
- Vertreten („advocate“)

Diese drei gesundheitsfördernden Haltungen werden im Rahmen der Befähigung als individuell sowie kollektiv, im Sinne des Vermitteln als Vermittlung und Netzwerkarbeit und im Vertreten von persönlicher und kollektiver Anwaltschaft der gesundheitlichen Interessen gesehen.

Die erwähnten fünf Handlungsfelder sind:

- Entwicklung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik
- Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen
- Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen
- Persönliche Kompetenzen entwickeln
- Gesundheitsdienste neu orientieren

In diesem Zusammenhang sollen auf förderliche und hindernde Faktoren der Politik, der Verwaltung und der Umwelt eingegangen und auf den Aufbau von gesundheitlichen Ressourcen geachtet werden. Durch eine grundlegende Gesundheitserziehung, unter der Berücksichtigung von persönlichen und sozialen Fähigkeiten, können Selbsthilfepotentiale aktiviert und eine Stärkung von lokalen Aktivitäten initiiert werden. Laut der WHO können die Akteure mit der Neuorientierung der Gesundheitshilfe besser auf die individuellen Bedürfnisse der Menschen eingehen. (Ottawa Charta 1986)

Die Ottawa Charta bildet die politischen Rahmenbedingungen für ein gesundes Aufwachsen. Die Art der Hilfe hängt maßgeblich von den Ressourcen- und Subjektorientierung ab und sollte den Prozess der Zusammenarbeit von Familien und Akteuren offen, solidarisch und nicht-diskriminierend gestalten. (Gesundheit Berlin Brandenburg 2014)

Im Rahmen des bereits vorgestellten Aktionsprogramms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und Soziale Frühwarnsysteme“ wurden auf der Grundlage der Praxiserfahrungen Qualitätsdimensionen erstellt. Diese Dimensionen sollen dazu dienen Familien in belasteten Lebenslagen in ihren Alltags- und Erziehungsaufgaben zu unterstützen und frühzeitig sowie präventiv eine Kindeswohlgefährdung zu verhindern. Die folgenden Qualitätsdimensionen sind Ergebnisse einer Praxisforschung und oftmals noch nicht realisiert. In diesem Bereich besteht noch ein Forschungsbedarf. Festgestellt wurde durch das NZFH, dass zunächst ein systemischer und umfassender Zugang zur Zielgruppe gefunden werden sollte, der durch verschiedene Akteure der Frühen Hilfen erprobt werden muss und die Erreichbarkeit der Familien in belasteten Lebenslagen steigert. Es sollen systemisch und objektiviert Risiken erkannt und die Messbarkeit durch Instrumente der Früherkennung auf ihre Funktionalität erprobt werden. Die Familien sollen zur aktiven Teilnahme an den Hilfen motiviert werden. Da die Frühen Hilfen auf Freiwilligkeit beruhen und nur dann unterstützen können, wenn die Bereitschaft der Familien vorhanden ist. Die Passgenauigkeit ist ein entscheidendes Qualitätskriterium für den Erfolg der Hilfe. Ein hoher Klärungs- und Unterstützungsbedarf ist

bei der Weitergabe von Informationen und dem Datenschutz festzustellen. Nötig wäre ein Monitoring des Verlaufs der Hilfeerbringung. Dadurch können Hilfen unterhalb der Schwelle zur Kindeswohlgefährdung sachlich angeboten werden. Die Struktur und Effektivität von verschiedenen Kooperationsmodellen zur Vernetzung von Akteuren der Frühen Hilfe weisen weiterhin einen Forschungsbedarf auf. Um die Nachhaltigkeit der Hilfen zu garantieren, müssen die Modellprojekte in das Regelsystem überführt werden und langfristig Förderungen erhalten. (NZFH 2014c:12-13)

Die genannten Qualitätsanforderungen der Bundesinitiative an die Frühen Hilfen müssen besonders in der Implementierungsphase durch eine wissenschaftliche Begleitung in der Praxis überprüft und reflektiert werden, damit ein systemübergreifendes Zusammenarbeiten funktionieren kann und passgenaue Hilfen bei den Familien ankommen. Dies ist zum einen ressourcenschonend für die Haushalte und wirkungsvoller für die Familien. Dadurch können Parallelstrukturen und eine Fehlversorgung vermieden werden. ( NZFH 2011c)

## **2.6. Bedeutung der Kosten und Nutzen in den Frühen Hilfen**

„Das derzeitige Wissen und der Forschungsstand in diesem Bereich verweisen bereits heute darauf, dass Frühe Hilfen als eine sinnvoll angelegte Zukunftsinvestition für die betroffenen Kinder und für die Gesellschaft insgesamt begriffen werden müssen.“ (NZFH 2011c: 10)

Nach dem Leitgedanken der Prävention sollen Frühwarnsysteme und Frühe Hilfen die Risiken für Kindervernachlässigung und- misshandlung minimieren, in dem sie diese so früh wie möglich erkennen und verhindern. Jedoch haben Präventionsprogramme aufgrund von fehlenden finanziellen Mitteln oftmals nur geringe Aussichten auf eine langfristige Finanzierung und Verstetigung. Die Prävention wurde lange Zeit nur als „Luxusgut“ gesehen, welches Kosten verursacht. Jedoch bringt die Investition in den Frühen Hilfen auch ein „Output“, welches durch eine langfristig und nachhaltig angelegte Hilfe erreicht werden kann. Laut einer Studie der Bertelsmann Stiftung (2007) ist ein wirtschaftlicher Nutzen in der frühkindlichen Bildung von 1: 2,7 zu verzeichnen. Das erwirtschaftet fast einen dreifachen Nutzen der investierten finanziellen Mittel. In dem Bereich Frühe Hilfen weisen internationale Studien bereits ebenfalls positive Ergebnisse auf. Mit der Auswertung von zwei Modelprojekten „ Guter Start ins Kinderleben“ und „Pro Kind“ des Programms „Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme“ wurden Kosten- Nutzenanalysen im nationalen Raum durchgeführt. Hierbei stehen die Ausgaben nicht nur als Kosten sondern werden eher als Investition in das Humanvermögen angesehen.( NZFH 2011c: 16)

Vergleichende Studien wie PISA oder KiGGS zeigen auf, dass sich die soziale Herkunft auf die Bildungschancen und die soziale Benachteiligung auf die Gesundheit der Kinder negativ auswirken kann. Wenn hierbei keine frühzeitigen Hilfen eingesetzt werden können, fallen Kosten in zum Beispiel schulischer Nachqualifizierung und Berufsförderung sowie Kosten in der medizinischen Versorgung im weiteren Lebensverlauf an. Diese kostenintensiven Behandlungen von Folgeerscheinungen übersteigen laut der Bertelsmann Stiftung (2008) ein Vielfaches an den Kosten die in den Frühen Lebensjahren für präventive Maßnahmen und den Einsatz von Frühen Hilfen hätten investiert werden können.

## **2.7. Präventionsgesetz**

Mit der Verabschiedung des neuen Präventionsgesetzes (PrävGe) zum 18. Juni 2015 tritt das neue Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention ab dem Jahr 2016 in Kraft. Im Zuge dessen wurden bereits Vorschläge zu Änderungen im SGB V §20 zur Primäre Prävention und Gesundheitsförderung vorgenommen, die zu einer Verbesserung der Finanzierung von den Frühen Hilfen beitragen kann.

„§ 20 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

- (1) Die Krankenkasse sieht in der Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken (primäre Prävention) sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten (Gesundheitsförderung) vor. Die Leistungen sollen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter sowie geschlechtsbezogener Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen. Die Krankenkasse legt dabei die Handlungsfelder und Kriterien nach Absatz 2 zugrunde.[...]
  - (3) Bei der Aufgabenwahrnehmung nach Absatz 2 Satz 1 berücksichtigt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die folgenden Gesundheitsziele im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention: [...]
4. gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung,
  5. gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken“ (Bundestag 2015)

Mit dem novellierten §20 SGB V zur Primären Prävention und Gesundheitsförderung wird erneut die Wichtigkeit einer frühzeitigen Initiierung von Hilfemaßnahmen deutlich und ermöglicht zugleich eine dauerhafte Finanzierung.

Die Qualitätssicherung soll durch die Eingliederung der Präventionsziele in das Gesetz sowie durch eine wiederkehrende und überprüfende Gesundheitskonferenz gewährt werden. (Vgl.

BMG, Bundestag, Ärzteblatt, gesundheitsziele.de) Die Präventionsziele sind auf der Seite Gesundheitsziele.de der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. festgehalten. Die Gesundheitsziele sowie das SGB V können durch die Verankerung im Gesetz an öffentlicher Aufmerksamkeit gewinnen.

### **3. Früher Hilfen im Rahmen Gesundheitshilfe**

Die Frühen Hilfen können bereits in der Schwangerschaft und in der Zeit rund um die Geburt eingesetzt werden. Werdende Mütter und Väter sind in dieser Zeit sehr interessiert an dem Geschehen und suchen selbst den Kontakt zum Gesundheitssystem. Aufgrund der nicht Stigmatisierung der Gesundheitshilfe Rund um die Geburt genießen Akteure des Gesundheitswesens in der Regel ein hohes Vertrauen. (NZFH 2014a: 84) Die AnsprechpartnerInnen mit denen sie frühzeitig in Kontakt kommen können sind GynäkologInnen, Schwangerschaftsberatungsstellen, Hebammen, Familienhebammen, Geburtskliniken, Kinderkliniken oder KinderärzteInnen. Der früheinsetzende Kontakt bringt viele Chancen mit sich. So können frühzeitig Überlastungen der Eltern erkannt und mit Hilfsangeboten unterstützt werden. Die psychosozialen Hilfsangebote werden wohlwollend angenommen und beeinflussen das Vertrauensverhältnis zum Gesundheitssystem positiv. Das Vertrauen in das medizinische System kann somit niedrigschwellige Unterstützungen anbieten. (ebd.)

#### **3.1. Rechtsgrundlage der Frühen Hilfen in der Gesundheitshilfe**

Die Rechtsgrundlage der Frühen Hilfen in der Gesundheitshilfe unterliegt den §24 und §26 des SGB V und dem Hebammengesetz (HebG), sowie der Hebammengebührenverordnung (HebGV). Der §24 des SGB V sichert die medizinische Vorsorge von Müttern und Vätern rund um die Geburt ab. Im §26 des SGB V sind Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten in Form von Kinderuntersuchungen festgehalten. Das HebG regelt rechtliche Grundlagen und Qualitätsstandards der Hebammentätigkeit und der Ausbildung. Die HebGV regelt die Vergütung von Hebammenleistungen mit dem Tätigkeitskatalog für die Vorsorgeuntersuchungen der Schwangeren (Vgl. Sayn-Wittgenstein 2007 und NZFH 2014 b).

Anschließend wird die Ausbildung und die Tätigkeit einer Familienhebammen dargestellt, um den Abschnitt der Frühen Hilfen im Rahmen der Gesundheitshilfe abzuschließen.

### 3.2. Hebamme

Die Ausbildung der Hebammen und Geburtshelfer/Entbindungspfleger unterliegt dem Hebammengesetz (2002). Im HebG sind alle Zugangsvoraussetzungen, Erlaubnisse zur Führung der Berufsbezeichnung, deren vorbehaltene Tätigkeit sowie die Ausbildung und deren Ausbildungsverhältnisse geregelt. Das Gesetz berücksichtigt die EG Richtlinien vom 23.01.1983 (80/155/EWG) des europäischen Parlaments und Rates (Schneider 2006:22).

In der Bundesrepublik Deutschland müssen Hebammen eine dreijährige Ausbildung absolvieren. Diese Ausbildung findet an staatlich anerkannten Hebammenschulen mit der Anknüpfung an Krankenhäuser statt. Hebamme ist ein Gesundheitsfachberuf mit einer geschützten Berufsbezeichnung. Im Jahr 2009 wurde das Hebammengesetz mit Hilfe der Modellklausel geändert und führte Modellstudiengänge ein. Grundständige Hebammenstudiengänge werden seit kurzen an einzelnen Hochschulen angeboten und werden mit einem Bachelor in Hebammenkunde und der Berufsbezeichnung Hebamme abgeschlossen. In der Bundesrepublik Deutschland muss nach dem §4 des HebG zu jeder Geburt eine Hebamme hinzugezogen werden. (NZFH 2013b:9)

Die Hebammentätigkeit als Vorsorge und Prävention kann die Feststellung der Schwangerschaft, Geburtsförderung und Prävention durch Beratung, Hilfe zur Lebensführung und Ernährung, der Vorbereitung auf die Mutterschaft sowie ein Erkennen von Störungen im Schwangerschaftsverlauf zu einem frühen Zeitpunkt übernehmen. (zu Sayn- Wittgenstein 2007) Die Hebamme verpflichtet eine Regelversorgung aller Familien, auch sozial oder medizinisch belasteten Schwangeren und Müttern anzubieten (NZFH 2013b:9).

Alle versicherten werdenden Mütter haben laut §134a Versorgung mit Hebammenhilfe SGB V ein Recht auf die Finanzierung der Hebammenleistung durch die jeweilige Krankenkasse. (NZFH 2013a:63)

Hebammen die außerklinisch arbeiten, bieten Regelleistungen der Gesundheitssysteme nach dem §134a des SGB V an und sind immer freiberuflich. Die Hebamme wird seltener innerhalb des Systems der Frühen Hilfen vermittelt und eher direkt von den Müttern

beauftragt. Die meisten Leistungen, bis auf einzelne spezielle Leistungen wie zum Beispiel die IGEL Leistungen, werden während der Schwangerschaft oder zur Geburt durch Pauschalbeträge vergütet und die Abrechnung erfolgt über die Krankenkassen. Die Leistungen, die durch die Hebamme in Anspruch genommen werden können, sind Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und Schwangerenbetreuung, der Geburtshilfe, die Leistungen während des Wochenbettes, Sonstige Leistungen und Wegegeld. (Schneider 2006: 23) Um die Unterstützung einer Hebamme annehmen zu können, bedarf es keiner ärztlichen Überweisung. Hebammen und ÄrztInnen ist die Wochenbettbetreuung nach dem §4 HebG vorbehalten und umfasst Leistungen in Form von Beratung, Betreuung und Versorgung von Mutter und Kind nach der Geburt. Die Wochenbettbetreuung bezieht sich auf die Überwachung des Geburtsvorgangs mit dem Einsetzen der Wehen, die Hilfe bei der Geburt sowie der Überwachung des Wochenbettverlaufs. Innerhalb der ersten zehn Lebenstage des Kindes können maximal bis zu 20 persönliche Kontakte oder in Form von Telefonaten bzw. Emails in Anspruch genommen werden. In den weiteren acht Wochen sind bis zu 16 Regelleistungen möglich. Nach diesen acht Wochen kann eine Hebamme nur noch bis zu acht Mal bis zum Ende der Stillphase bzw. dem neunten Monat bei Ernährungsproblemen Hilfen anbieten. (NZFH 2013a: 16-17)

Durch das Eingehen auf die psychologischen, körperlichen, emotionalen und spirituellen bzw. religiösen Bedürfnisse der Schwangeren setzt diese Hilfe an den Lebensbedingungen bzw. deren Lebenslage an. Dabei wird der Gesprächs-, Informations- und Beratungsbedarf der Frauen durch die Hebamme befriedigt. (Nakhla et. al 2009)

Die Tätigkeit der Hebamme hat die Primärprävention zum Ziel und versucht durch ihren Einfluss Krankheiten zu vermeiden sowie die Lebensführung und das Verhalten gesundheitlich positiv zu beeinflussen. In den Gesprächen mit der werdenden Mutter sowie durch die Beobachtung der Situation kann eine Hebamme durch ihre Arbeit Risikofaktoren wahrnehmen und Hilfen empfehlen. Sie gibt neben der Beratung auch weitreichende Informationen zu Schwangerschaft, Geburt und dem heranwachsenden Kind. Die Hebammen sind oftmals durch eine Geh- Struktur gekennzeichnet und nutzen den häuslichen Rahmen der werdenden Mutter und ihrer Familie. Durch die Gespräche können Empathie und Vertrauen aufgebaut werden, um so die Ressourcen der Frauen zu unterstützen (NZFH 2013a)

Zusammenfassend nach Friederike zu Sayn- Wittgenstein (2007) „Hebammen verfügen über ein berufsintern international anerkanntes Verständnis von Schwangerschaft, Geburt,

Wochenbett und Familienwerdung als vitale, primäre physiologische und soziale Lebensprozesse.“

## **4. Frühe Hilfen im Rahmen Kinder- und Jugendhilfe**

Im Anschluss an die Frühen Hilfen im Rahmen der Gesundheitshilfe wird im folgenden Kapitel auf die Frühen Hilfen im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe eingegangen. Ein besonderes Augenmerk liegt hierbei auf dem Kindeswohl und dem Kinderschutz.

Die Kinder- und Jugendhilfe fördert die Heranwachsenden in ihrer Entwicklung und hilft ihnen in besonders schwierigen Situationen. Unterstützung und Beratung leistet sie bei der Hilfe zur Erziehung. Im Besonderen bei der Mitwirkung in familien- und jugendgerichtlichen Verfahren. Die Aufgabe der Kinder- und Jugendhilfe ist Kinder und Jugendliche durch präventive Aufklärung und intervenierenden Maßnahmen zu schützen. Das Wohl des Kindes ist immer das oberste Ziel und die Grundlage der Arbeit. Die rechtlichen Grundlagen der Kinder- und Jugendhilfe sind das SGB VIII, sowie einzelne Gesetzgebungen der Länder. (NZFH 2013a)

Die Aufgabenverteilung der Kinder- und Jugendhilfe unterliegt der kommunalen Selbstverwaltung in den Kommunen und Ländern. Verwaltet durch das jeweilige Jugendamt enthält es ein breites Spektrum von Leistungen durch das Grundgesetz(GG), das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), das Kinderschutzgesetz (KKG) und das Bundeskinderschutzgesetz (BkiSchG).

### **4.1. Kindeswohlgefährdung**

Können die Frühen Hilfen die Gefährdung des Kindeswohles nicht verhindern, so müssen sie Maßnahmen die über die Angebote der Frühen Hilfen hinaus reichen aktivieren. Der Kinderschutz im breiten Verständnis ist das Ermöglichen eines geschützten und gesunden Aufwachsens aller Kinder und Jugendlichen im gesellschaftlichen Kontext. Die Kindeswohlgefährdung liegt in dem Fall bei dem Vorliegen von Risikofaktoren, welche die Entwicklung des Kindes negativ verstärken. Im engeren Verständnis bezieht es sich auf die Abwendung von unmittelbaren Gefahren, wie der Kindervernachlässigung, der Misshandlungen oder dem sexuellen Missbrauch. (LandesKoordinierungs- und Servicestelle Berlin NETZWERKE Frühe Hilfen) Das Kindeswohl ist durch die Zugehörigkeit zu den Eltern geregelt und spiegelt sich im Elternrecht sowie in der Achtung der Menschenwürde im

Grundgesetz wieder. Ebenfalls im Grundgesetz geregelt ist die primäre Verantwortung der Eltern zur Erziehung und zum Schutz des Kindes vor Gefahren im Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG. Der Begriff Kindeswohlgefährdung wird im Kindschaftsrecht des Bürgerlichen Gesetzbuches (§1666 Abs. 1 BGB), dem Kinderschutzgesetz (KKS) sowie dem Bundeskinderschutz (BKiSchG) geregelt. (ebd.)

#### **4.2. Bundeskinderschutzgesetz**

Das KKG ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz und ist mit seinen vier Paragraphen Teil des am 01.01.2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetzes (BKiSchG). Das Ziel des Bundeskinderschutzgesetzes ist die Prävention von Kindeswohlgefährdungen und die Intervention und bringt die vier neuen Paragraphen des KKG sowie Änderungen im SGB VIII, des SGB IX und Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) mit sich. Die ersten vier Paragraphen des am 01.01.2012 in Kraftgetretenen BKiSchG lauten:

§1 Kinderschutz und staatliche Mitverantwortung

§2 Information der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung

§3 Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinderschutz

§4 Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung (Bundeskinderschutzgesetz)

Die Novellierung des § 8a SGB VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung beinhaltet die Anhaltspunkte, die Einschätzung, den Umgang mit sowie das Abwenden von der Kindeswohlgefährdung. Ferner werden Vereinbarung von einzelnen Trägern des Netzwerkes Kinderschutz vereinbart (Sozialgesetzbuch VIII).

Die elterliche Erziehungsfürsorge endet, wenn das Kindeswohl gefährdet ist. Im Falle der Nichtwahrnehmung der elterlichen Verantwortung oder der Überschreitung der Grenzen des Elternrechts ist der Staat nicht nur zu einer Intervention, sondern auch dazu verpflichtet nach Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG einzugreifen. (vgl. NZFH 2013a:61)

Im Rahmen der Kinder- und Jugendhilfe ergeben sich drei Handlungslogiken um präventiv zu handeln. (LandesKoordinierungs- und Servicestelle Berlin NETZWERKE Frühe Hilfen) Das wären zum Einen allgemeine unterstützende Infrastrukturen für (werdende) Familien, die den Bereich der Frühen Hilfen tangiert und zum Anderen der individuelle Rechtsanspruch auf Hilfen zur Erziehung und des Schutzauftrages des Staates durch die staatliche Intervention

bei Kindeswohlgefährdung. (LandesKoordinierungs- und Servicestelle Berlin NETZWERKE Frühe Hilfen) Demnach ergibt sich die Notwendigkeit nach einem Gleichgewicht des Elternrechts, des Kindeswohls und dem staatlichen Schutzauftrag herzustellen. (NZFH 2013a)

Nach der Definition des Bundesgerichtshofes tritt eine Kindeswohlgefährdung ein, wenn eine Gefahr für das Kind gegenwärtig vorhanden ist und sie erhebliche sowie vorhersehbare Schädigungen erzeugt. (Bundeskinderschutzgesetz 2012)

## **5. Gemeinsames Netzwerk Frühe Hilfen**

Anknüpfend an die zwei vorangegangenen Kapitel erfolgt in diesem Abschnitt eine Betrachtung beider Hilfesysteme, der Gesundheitshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe, in einem gemeinsamen Netzwerk Frühe Hilfen. Im zweiten Teil des Kapitels wird kurz der politische Verlauf der beiden Hilfesysteme der letzten Jahre umrissen. Um Abschließend die Gesetzeslage der Gesundheitshilfe sowie der Kinder- und Jugendhilfe in den Frühen Hilfen kurz zu erläutern.

Die Hilfesysteme der Gesundheitshilfe und der Jugendhilfe erreichen Eltern und Kinder in unterschiedlichen Lebenslagen und besitzen spezifische Kompetenzen für einen verbesserten Kinderschutz. Die medizinische Versorgung wird durch die Gesundheitshilfe abgedeckt. Die Kinder- und Jugendhilfe hingegen hat den Auftrag den spezifischen Hilfebedarf der Familie zu erkennen. Eine ganzheitliche Sicherung des Kindeswohls kann jedoch nur durch eine physische und psychosoziale Betreuung durch beide Hilfesysteme geleistet werden. Daher ist eine enge und systematische Zusammenarbeit beider Professionen nötig. Grundsätze dieser gemeinsamen Arbeit sollten verbesserte Kooperations- und Kommunikationsstrukturen sein. (vgl. Bastian et al. 2008: 112)

Die Zusammenarbeit dieser beiden Hilfesysteme ist jedoch noch am Anfang. Vernetzungen untereinander müssen weiter ausgebaut werden. (ebd.: 115) Der Ausbau zu einem interprofessionellen Netzwerk ist ein zentrales Ziel der Frühen Hilfen.

Die Ziele der Frühen Hilfen wurden bereits in den Jahren 2006, 2009 und 2013 in den Koalitionsverträgen der Bundesregierung zur Förderung der Zusammenarbeit des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe gefordert. Ein Beispiel ist die 81. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) „Die GMK ist in der Übereinstimmung mit der JFMK der Auffassung, dass die Vernetzung zwischen Jugendhilfe und Gesundheitshilfe im Bereich des Kinderschutzes und der Frühen Hilfen, insbesondere für Schwangere und Familien mit 0- bis 3- jährigen Kindern von großer Bedeutung ist. Die GMK sieht wie die JFMK gesetzlichen

Reglungsbedarf im SGB V bei den Grundlagen für eine Vernetzung auf kommunaler Ebene und bei den Möglichkeiten für die Entwicklung integrierter gesundheitlicher und pädagogischer Hilfe“ (NZFH 2014a: 85)

Im Gesundheitswesen hatte sich im Jahr 2007 der Sachverständigenrat (SVR) zu sektorenübergreifenden Vernetzungen im Bereich der Primärprävention von vulnerablen Gruppen im Gutachten „Kooperation und Vernetzung- Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung“ geäußert. Die Grundaussage ist „ Da die meisten Interventionsfelder für primäre Prävention,[...] außerhalb des medizinischen Versorgungssystems liegen, stellt sich hier vielfach die Notwendigkeit einer Kooperation in Bereichen und Institutionen jenseits des Gesundheitswesens“. Demnach wurde in einem Sondergutachten 2009 ein „ Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug“ vorgestellt. (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009)

Ebenfalls wurde die Wichtigkeit der Vernetzung und der kooperativen Zusammenarbeit der Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe im 13. Kinder- und Jugendbericht des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009) festgestellt. Diese machen im Besonderen auf die „gesundheitsbezogenen Folgen sozioökonomischer und kultureller Benachteiligung“ aufmerksam. (ebd.: 251)

Die Akteure des Gesundheitswesens sollen Kooperationspartner laut dem Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutzgesetz (KKG) sein, jedoch liegt keine expliziten Verpflichtungen vor. Im Gegensatz dazu sind Träger der freien und öffentlichen Jugendhilfe zur Zusammenarbeit nach der Regelung im §81 SGB VIII verpflichtet. (NZFH 2014a: 88)

Von Seiten der Kinder- und Jugendhilfe wurden im Landeskinderschutzgesetz sowie im neuen Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) 2012 die Zusammenarbeit von den Diensten der öffentlichen und freien Jugendhilfe, der Gesundheitsämter und Akteure der Heilberufe verankert. Das primäre Ziel eines Aus- und Aufbaus von Netzwerken der Frühen Hilfen verfolgt die Bundesinitiative Frühe Hilfen. (NZFH 2014a:86)

Ganzheitliche Ansätze, in denen die Familie als Ganzes im Mittelpunkt steht, soll der Ausgangspunkt eines systemischen Grundverständnisses aller Frühen Helfer sein. Denn „Die soziale Lage der Familien bestimmt dabei in hohem Maße die gesundheitlichen Chancen der Kinder.“ (ebd.: 87)

Gesetzlich haben beide Kooperationspartner jedoch unterschiedlichen Gesetzeslogiken, so gehört die Kinder- und Jugendhilfe zu den staatlichen Aufgaben. Im Gegensatz dazu

unterliegt die Mehrheit der Gesundheitshilfe der Selbstverwaltung. Die Konsequenzen der beiden Akteure werden in der Auswertung vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (2014a) wie folgt beschrieben „Erfüllt auf der einen Seite die Kinder- und Jugendhilfe ihre Vernetzungspflicht im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrages, beteiligen sich auf der anderen Seite die freiberuflich tätigen Fachkräfte des Gesundheitswesens in der Regel ausschließlich freiwillig im Rahmen ihrer selbstständigen Tätigkeit. Sie werten ihre Beteiligung daher als eigenes unternehmerisches Risiko und fürchten nicht nur finanzielle Ausfälle, sondern auch, ihre Patientinnen und Patienten zu verlieren, wenn sie mit dem Jugendamt zusammenarbeiten“ (ebd.: 88) Daraus lässt sich schließen, dass die Netzwerkarbeit zum jetzigen Stand ein privates Engagement ohne expliziten Auftrag bzw. Aufwandsentschädigung oder Vergütung ist.

Gesundheitsämter sind im Gegensatz zu Jugendämtern regional organisiert. Jugendämter sind kommunal organisiert und besitzen eine kommunale Verantwortungsstruktur in der Kinder- und Jugendhilfe. Aufgrund der Verwaltungsvereinbarung § 3 Abs. 4 des KKG wurde die Steuerung der Frühen Hilfen zu den örtlichen Trägern der öffentlichen Jugendhilfe zugeordnet. Die Folge ist, dass den Trägern der Jugendhilfe die alleinige Verantwortung der Frühen Hilfen zukommt. Eine gemeinsame Verantwortung für die Netzwerke Frühe Hilfen sind nicht ausgeschlossen, jedoch nicht strukturell verankert. Die Schlussfolgerung daraus ist, dass „der Grad der Zusammenarbeit [...] also sowohl im privaten, als auch im öffentlichen Sektor des Gesundheitswesens von der individuellen Bereitschaft und von den (unterschiedlichen) Ressourcen der Beteiligten vor Ort ab.“ (ebd.: 88) abhängt.

Die Akteure des Gesundheitssystems fordern Einschätzungsinstrumente, um valide Aussagen neben dem Zustand der jeweiligen Patienten treffen zu können und damit Ressourcen und Belastungen zu erkennen. „Bislang beschrieben die Ärztinnen und Ärzte, dass sie sich hier vor allem auf ihr >Bauchgefühl< verlassen müssen, aus Mangel an geeigneten Instrumenten zur objektiven Einschätzung der psychosozialen Belastungssituation einer Familie.“ (ebd.:89) Bei der Diagnose, Indikation oder Erbringung einer Leistung verfolgt die Jugendhilfe eine andere Handlungslogik als das Gesundheitswesen, diese richtet sich nach dem Bedarf des Einzelfalls. (Deutscher Hebammenverband e.V. 2014)

Im Zusammenhang der Gesundheitshilfe und Kinder- und Jugendhilfe werden oftmals Multiplikatorensysteme zur Vernetzung und Weitergabe von Informationen erwähnt. (vgl. NZFH 2014a)

## 6. Familienhebammen

In dem kommenden Kapitel wird zunächst auf die Entstehungsgeschichte der Familienhebammen eingegangen. Danach folgt eine Betrachtung des aktuellen Standes. Daran anschließend folgt eine aktuelle Definition des Begriffs Familienhebammen. Weiterhin wird auf deren Aufgaben- und Anforderungsbereiche eingegangen. Weitere Themen sind die Finanzierung, die Ausbildung und Qualifikation sowie das vom NZFH entworfene Kompetenzprofil der Familienhebammen.

Das erste Modellprojekt „Familienhebamme“ wurde im Jahr 1980 in Bremen, aufgrund einer überdurchschnittlichen Rate der Säuglingssterblichkeit durchgeführt. Die Säuglingssterblichkeit gilt als ein Indikator zur Feststellung der Qualität der medizinischen Versorgung eines Landes. Die Verantwortung tragen die Regierung und deren Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD). (Schneider 2006) Im Zuge dessen hat die Hochschule Hannover gemeinsam mit dem damaligen Bund Deutscher Hebammen e.V. (heute Deutscher Hebammenverband e.V.) ein Konzept zur Reduzierung der Säuglingssterblichkeit entworfen. Die Vorbilder waren dabei Versorgungsmodelle der skandinavischen Länder sowie der Niederlande, da diese eine niedrigere Säuglingssterblichkeit aufwiesen. Beide Versorgungsmodelle beinhalteten eine langfristige Betreuung der Schwangeren und Mütter durch kompetentes Fachpersonal. Ebenfalls wurden in Bremen für die Durchführung des Projektes Hebammen ausgewählt, da diese ein erhöhtes Maß an Akzeptanz in der Bevölkerung aufzeigten und weniger stigmatisierend wirkten. Die Zielgruppe des Projektes waren Mütter in schwierigen sozialen oder medizinisch belasteten Lebenslagen. Zu dieser Zeit waren die Wochenbettbetreuungen eher selten sowie nicht selbstverständlich und das Projekt mit der einjährigen Familienhebammenbetreuung eine innovative Neuheit. Für das Projekt wurden 25 Hebammen ausgewählt, deren damalige Grundausbildung zwei Jahre betrug. Diese wurden in einer einjährigen vollzeitlichen Fortbildung zusätzlich zu einer Familienhebamme ausgebildet. Die Vorbereitung auf die kommenden Aufgaben sowie die Netzwerkarbeit waren neu und bildeten die Grundlage für eine ganzheitliche Betreuung und der engeren Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, SozialarbeiterInnen und Kliniken. Begleitet wurde dieses neue Vorhaben durch eine wissenschaftliche Forschung sowie regelmäßige Supervisionen für die Familienhebammen. Das dreijährige Modelprojekt endete 1983 und konnte trotz durchgehendem Erfolg nur vereinzelt als Regelangebote weiter angeboten

werden. Der Einsatz von Familienhebammen wurde nach dem Projekt als lohnenswert bezeichnet, da das zentrale Projektziel, die genannten Risikogruppen durch die intensive Betreuung zu erreichen, gelungen ist. (Nakhla et al. 2009: 11-12)

Die Betreuung von belasteten Familien durch Familienhebammen kommt immer mehr Aufmerksamkeit zu. Die Gründe dafür sind die Aktuellen Meldungen von Kindesvernachlässigung und Kindstötungen. Die Meldungen erregen nicht nur in der Bevölkerung und den relevanten medizinischen und sozialen Berufen Aufsehen, sondern sensibilisieren zunehmend die politischen Verantwortlichen zu Handlungen. (ebd.)

Die aktuellen Veränderungen sind mit der Verwaltungsvereinbarung zur Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen vom 01. Juli 2012 eingetreten. Den gesetzlichen Rahmen bildet das Bundeskinderschutzgesetz (BKisSchG) vom 01. Januar 2012. Der Aus- und Aufbau der Bundesinitiative und der Netzwerke Frühe Hilfen werden bis Ende 2015 gefördert. Im engeren Sinn bezieht dies auch den Einsatz von NetzwerkkoordinatorInnen und deren Qualifikationen sowie Fortbildungen in den Kommunen mit ein. Des Weiteren wird der Einsatz von Familienhebammen, ähnlichen Berufsgruppen und ehrenamtlichen Strukturen der Frühen Hilfen begünstigt. Die Besonderheiten der Bundesinitiative sind die länderspezifische Qualifizierung, Qualitätsentwicklung sowie Qualitätssicherung der Förderung. Die Rahmenbedingungen für den Einsatz von Familienhebammen und Berufsgruppen der Frühen Hilfen werden im Artikel 2, Absatz 4 der Verwaltungsvereinbarungen geregelt und beinhalten (NZFH 2013a):

- „Tätigkeit in Familien im Kontext Frühe Hilfen,
- Teilnahme an der Netzwerkarbeit Frühe Hilfen,
- Qualifizierung, Fortbildung, Fachberatung und Supervision sowie für
- Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Dokumentation ihres Einsatzes in den Familien.“ (NZFH 2013a: 7)

Im Rahmen der Förderung wurden mehrere Modellprojekte und deren Begleitforschung durch das NZFH unterstützt. Dabei stellte sich in den Projekten „Früstart-Professionsgesteuerte Frühe Hilfe für Kinder und Familien in Sachsen- Anhalt“ und der Projektevaluation „Keiner fällt durchs Netz“ heraus „[...] dass Familienhebammen

- Ein besonders hohes Vertrauen der Mütter genießen,
- Die gesunde Entwicklung des Kindes positiv beeinflussen,
- Die Eltern- Kind- Beziehung fördern und

- Aufgrund ihrer Kenntnisse zur Wohn- und Lebenssituation der Familien eine Funktion als Lotsin zu weiteren Angeboten Früher Hilfen ausüben können“ (ebd.: 11)

Diese Fähigkeiten sind auch in der nachfolgenden Definition des Begriffes Familienhebammen wiederzufinden.

### **6.1. Definition Familienhebammen**

Das erste Lebensjahr eines Kindes ist im besonderen Maße durch die Fürsorge und die Pflege der Eltern gestützt. In dieser Zeit werden grundsätzliche Voraussetzungen für die gesunde Entwicklung des Kindes geschaffen. Die Frühen Hilfen können unterstützende Leistungen für die neuen Lebensumstände mit einem Säugling leisten. Besonders hervorzuheben sind Familienhebammen, die nach dem Nationalen Zentrum Frühe Hilfen wie folgt definiert werden.

„Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation. Diese Befähigt sie dazu, Eltern und Familien in belastenden Lebenssituationen zu unterstützen, und zwar bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes. Sie gehen in die Familien und helfen den Eltern, den Familienalltag auf das Leben mit dem Baby umzustellen. Unter anderem geben sie Informationen und Anleitung zu Pflege, Ernährung, Entwicklung und Förderung des Kindes. Dabei binden sie alle Familienmitglieder ein. Die Familienhebammen vermitteln bei Bedarf weitere Hilfen. Sie sind damit für Familien wichtige Lotsinnen durch die zahlreichen Angebote der Frühen Hilfen.“ (NZFH 2013a: 10)

Wie bereits in der Einleitung erwähnt genießen die Familienhebammen aufgrund ihres Hebammenwesens ein enormes Vertrauen in der Gesellschaft. Aufgrund dessen wird ihnen ein erleichterter Zugang zu den Familien im Rahmen der Frühen Hilfen zugesprochen. Der Fokus ihrer Tätigkeit liegt im Aufbau eines tragfähigen Beziehungskonstrukts, in der zu betreuenden Familie, zu fördern. Sie tragen zu einer besseren Eingliederung der Familien ins Gesundheits- und Sozialsystem bei und können durch die Anbindung der Familien an jeweilige Angebote aus der Isolation führen. (vgl. Nakhla et al. 2009; Bastian et al. 2008)

Die Familienhebammen sind wichtige Akteure der Frühen Hilfen und haben Querschnittsaufgaben sowohl in der Kinder- und Jugendhilfe (SGB VIII) als auch in der Gesundheitshilfe (SGB V). (NZFH 2013b)

Demnach stellen sie neben den gesundheitlichen Belangen auch die (psycho-)sozialen Aspekte in den Mittelpunkt. So können sie neben der Prüfung der Gewichtszunahme des Kindes etc. auch Anzeichen einer Wochenbettdepression frühzeitig erkennen. Da

Familienhebammen auch examinierte Hebammen sind, können sie sowohl das Kind als auch die Mutter im Bedarfsfall körperlich untersuchen. (NZFH 2013a)

Die Leistungen der Familienhebamme gehen weit über die vorbehaltene Tätigkeit für Hebammen und der von der Krankenkasse vergüteten Gebührenpunkte hinaus. Demnach ergeben sich Schwierigkeiten in der direkten Zuordnung zu sozialen bzw. medizinischen Leistungen. Eine Finanzierung, wie die Wochenbettbetreuung von acht Wochen über die Krankenkassen wird durch Seiten der Krankenkassen abgelehnt, da die Familienhebammen Leistungen mit sozialem Charakter anbieten. Ein Gutachten des Deutschen Instituts für Jugendhilfe und Familienrecht stellt eine Finanzierung über den Träger der Jugendhilfe fest „Rechtliche Einordnung der Tätigkeit von Familienhebammen in das System der Sozialleistungen nach dem Sozialgesetzbuch“. Ein Aufbau von regionalen und koordinierten Angeboten im Rahmen der Länder, der Krankenkassen und Jugend- und Gesundheitsämter finden statt, jedoch gehen die Gesetze „[...] hier bislang auf flexible handhabbare gesetzliche Handlungsspielräume, deren Ausfüllung weitgehend den betreffenden Sozialleistungsträgern überlassen bleibt“ (Nakhla et al. 2009: 14) ein. Genannt wurden im Folgenden praktizierende Finanzierungsvarianten durch:

- „Hebammenvergütungsvereinbarung (für Leistungen bis zu acht Wochen post partum);
- Projektgelder, Stiftungsgelder, Bundes- oder Ländermittel; Gesundheitsämter;
- Träger der freien Wohlfahrtspflege;
- Jugendamt, Landkreise, Städte (Honorarbasis)“ (ebd.:14)

Die verschiedenen Finanzierungsmodelle kommen aufgrund der unterschiedlichen Handhabbarkeit in den einzelnen Ländern und Kommunen auf. Beispielsweise werden im Landkreis Stendal die Familienhebammen auf Honorarbasis durch das kommunale Jugendamt finanziert. (vgl. Interview Netzwerkkoordinatorin) Zurzeit sind die Mehrheit der Familienhebammen freiberuflich bzw. arbeiten auf Honorarbasis. Familienhebammen können zu dem weiterhin parallel als Hebammen tätig sein und Leistungen aus der Hebammen-Vergütungsvereinbarung anbieten. Diese Vereinbarung ist Teil des Vertrages zur Versorgung durch die Hebammenhilfe nach §134a SGB V. Diese Leistungen müssen seit 2007 durch die InanspruchnehmerInnen zur Quittierung gegengezeichnet werden. (NZFH 2013b)

## **6.2. Ausbildung und Qualifikation der Familienhebammen**

Alle Familienhebammen sind staatlich examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation durch Fort und Weiterbildungen. Diese im Rahmen der Hebammenlandesverbände des

Deutschen Hebammenverbandes e.V. (DHV) angeboten werden. Demnach existieren landesspezifische Anforderungen an die Familienhebammen, jene im DHV internen Curriculum festgeschrieben sind. Die Zusatzqualifikation zur Arbeit in den Frühen Hilfen ist demnach in ihrem Umfang und Inhalt nicht gesetzlich geregelt. Durchschnittlich beträgt die Weiterbildung zur Familienhebamme 200 Stunden. Die einzige staatlich anerkannte Weiterbildung gibt es in Niedersachsen mit 400 Stunden. (Vgl. Schneider 2006, NZFH 2013a) Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen hat jedoch Handlungsanforderungen zur Orientierung für das Handeln und der Ausbildung von Familienhebammen im „Kompetenzprofil Familienhebammen“ festgeschrieben.

### **6.3. Kompetenzprofil Familienhebamme**

Die zusätzliche Qualifizierung zur Familienhebamme ist geprägt durch den Ausbau von Grundlagenkenntnissen und Praxiswissen sowie dem Entwickeln von eigenen Handlungskompetenzen. Die Grundlagenkenntnisse und das Praxiswissen erstrecken sich über das Wissen der Entwicklung des Kindes im ersten Lebensjahr, Grundlagen der Mutter-Kind-Beziehung, der Elternkompetenzen zur Gesundheitsförderung von Kindern im ersten Lebensjahr sowie das Kennen der kommunalen Strukturen, Dienste und gesetzlichen Regelungen der Querschnittsbereiche des Gesundheitswesens und der Kinder- und Jugendhilfe. Die Handlungskompetenzen, die durch die zusätzliche Qualifikation gestärkt werden, sind die Ressourcenorientierung, die Förderung der Mutter/ Eltern-Kind-Beziehung, die Förderung der Elternkompetenz, Methoden der Gesprächsführung, ein transparenter Umgang mit der professionellen Rolle, Motivation und gemeinsame Zielfindung, Zeitmanagement und das Geben von Hilfestellungen bei lebenspraktischen Fragen und gegebenenfalls eine Weitervermittlung und Vernetzung mit weitere Netzwerkpartner der Frühen Hilfen. (NZFH 2013b:28)

Das „Kompetenzprofil Familienhebammen“ des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen dient als Rahmen für die Fachkräfte und wird in der Verwaltungsvereinbarung (§2 Abs.4) wie folgt beschrieben: „ Förderfähig sind der Einsatz von Familienhebammen und vergleichbaren Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich im Kontext Früher Hilfen. Sie sollen dem vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen erarbeiteten Kompetenzprofil entsprechen oder in diesem Sinne qualifiziert und in ein für Frühe Hilfen zuständiges Netzwerk eingegliedert werden. Die Länder haben die Möglichkeit, ein darüber hinausgehendes Profil festzulegen.“ (ebd.: 29)

Das „Kompetenzprofil Familienhebamme“ geht im Näheren auf zehn Handlungsanforderungen ein und unterteilt sie grob in Fachkompetenzen und personale

Kompetenzen. „Fachkompetenz umfasst Wissen und Fertigkeiten. Sie ist die Fähigkeit und Bereitschaft, Aufgaben- und Problemstellungen eigenständig, fachlich angemessen sowie methodengeleitet zu bearbeiten und das Ergebnis zu beurteilen.“( NZFH 2013b:53) Ebenfalls sind unter dem Punkt Personale Kompetenzen „- auch personale Humankompetenzen- umfasst Sozialkompetenz und Selbstständigkeit. Sie bezeichnet die Fähigkeit und Bereitschaft, sich weiterzuentwickeln und das eigene Leben eigenständig und verantwortlich im jeweiligen sozialen, kulturellen bzw. beruflichen Kontext zu gestalten.“ (ebd.:53) Insgesamt werden fünf Oberkategorien genannt:

- Qualitätsentwicklung
- Gesundheit und Entwicklung des Säuglings
- Gesundheit und Entlastung der primären Bezugspersonen
- Beziehung und Interaktion der primären Bezugspersonen mit dem Säugling
- Kooperation <sup>2</sup>

Auffällig ist jedoch, dass bei vier von zehn Handlungsanforderungen im Besonderen die personalen Kompetenzen zum Tragen kommen und deren Liste an Anforderungen größer ist. So fällt das Augenmerk auf die Sozialkompetenzen, wenn es um den Umgang mit und einer emphatischen Haltung gegenüber begleiteten Personen geht. (ebd.)

Demnach stellt sich heraus, dass nicht nur das Wissen der Familienhebamme alleine über die qualitative Betreuung entscheidet, sondern Personale Kompetenzen die weniger auf Fachkompetenzen aufbauen entscheidend sind.

Zum Abschluss des Kapitels wird die Pressemitteilung des Deutschen Hebammenverbandes vom 14.11.2014 zum Thema „Familienhebammen: Nachbesserungen bei den Frühen Hilfen sind unerlässlich“ aufgegriffen.

Im Rahmen der Halbzeitkonferenz der Bundesinitiative Frühe Hilfen äußerte sich der Deutsche Hebammenverband sehr kritisch zu der Situation der Familienhebammen zwischen der Gesundheits- und Jugendhilfe.

„Hebammen üben einen Gesundheitsfachberuf aus und arbeiten autonom in einer Vertrauensstellung für Frauen und Familien. Die Praxis der Anbindung der Familienhebammen an die Jugendhilfe im Kontext der Frühen Hilfen zieht deshalb immer wieder Probleme nach sich. Der Hebammenverband weist insbesondere auf die bisher oft

---

<sup>2</sup> Die Auflistung und Aufteilung der Handlungsanforderung befindet sich im Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013b): *Kompetenzprofil Familienhebammen*. Köln: BZgA., 22-51

ungeklärte Rechtssituation, eine geringe Honorierung und eine fehlende Abgrenzung der Hebammenhilfen bei den Frühen Hilfen zu anderen beteiligten Professionen hin. Der Hebammenverband fordert [...] dass alle Familienhebammenleistungen in das SGB V übernommen werden.“ (Deutscher Hebammenverband 2014) Deutlich wird bei dieser Forderung ein Handlungsbedarf zur Klärung der Rollen und Zugehörigkeit der Familienhebammen. Kritisch sieht der Hebammenverband die Einbindung der Familienhebammen in Bereich der Tertiärprävention. Das nächste Kapitel wird den Präventionsansatz im Rahmen der Frühen Hilfen und im besonderen der Familienhebammentätigkeit aufgreifen.

## **7. Präventionsansatz im Sozial- und Gesundheitswesen**

Im folgenden Absatz wird der Präventionsansatz knapp erläutert und auf den Präventionsauftrag der Familienhebammen eingegangen.

Der Präventionsansatz im Sozial- und Gesundheitswesen wird in drei Bereiche unterteilt. Zum einen kann man die Präventionsansätze nach dem zeitlichen Einsätzen dieser unterscheiden. Die sich ergebenden Bereiche sind die der Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterteilt. richtet es sich nach dem Zeitpunkt des Einsatzes der Maßnahme die primär, sekundär oder tertiär sein kann. Und zum Anderen nach dem Bedarf der Zielgruppe, dieser kann ganz universell für alle sein, selektiv für Einzelne oder indiziert auf etwas hinweisend. Der Ansatzpunkt der Prävention kann am Verhalten, also personal oder am Verhältnis, demnach strukturell eingesetzt werden. Die Angebote der Frühen Hilfen sind grundlegend eine universelle primäre Prävention. Jedoch wenden sich die Frühen Hilfen in den meisten Fällen an Familien mit besonderem Hilfebedarf und können deshalb auch eine selektive sekundäre Prävention darstellen. Wenn durch die einsetzenden Frühen Hilfen keine Kindeswohlgefährdung verhindert werden konnte, müssen die Frühen Hilfen weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes an andere Stellen der Frühen Hilfe vermitteln und es kommt zu einer indizierten tertiär Prävention. (NZFH 2013b)

Im Anhang befindet sich eine Abbildung von Reinhold Schone der die Frühen Hilfen zwischen den Ressourcen und der Belastung in drei Teile aufgliedert hat. Aufgeteilt sind die Frühen Hilfen in fördern, helfen und schützen. Die Abbildung zeigt die Frühen Hilfen mit ihren Aufgaben in dem jeweiligen Präventionsauftrag.

Die Familienhebammentätigkeit gilt im Allgemeinen als eine Sekundärprävention, die so wie die Primärprävention auf eine freiwillige Inanspruchnahme der Hilfe beruht. Die Schwangere, die Eltern, eine primäre Bezugsperson des Kindes zeigen Initiative zu einer Inanspruchnahme

oder ein Akteur innerhalb des Netzwerkes Frühe Hilfen vermittelt die Hilfe. Jedoch setzt dies die Motivation zur Hilfeannahme voraus. Im Falle einer Ablehnung der Hilfe, kommt es zu keiner Meldung. Ebenso sollen auch keine Konsequenzen für die Familien nach sich gezogen werden. Die Familienhebammen sind demnach der gesetzlichen Schweigepflichtsregelung unterlegen und sind damit BerufsheimnisträgerInnen. Im Falle einer Weitergabe der Daten oder Information ist das Transparenzgebot einzuhalten, jene die Einverständniserklärung der betroffenen Familie vor der Weitergabe fordert. Eine Ausnahme stellt eine wahrgenommene Kindeswohlgefährdung dar, wenn die Eltern auch nach der Information über den Sachverhalt der Gefährdung nicht bereit sind die Hilfe anzunehmen und zu kooperieren (§ 4, Abs. 2, KKG). Daraufhin haben die Eltern lediglich ein Recht auf Information, aber auch nur dann, wenn der Schutz des Kindes durch diese Information nicht gefährdet wird. (NZFH 2013a)

„Reichen die eigenen Möglichkeiten der Familienhebamme nicht aus, um die Gefahr abzuwenden, kann sie das Jugendamt hinzuziehen, nachdem sie den Eltern mitgeteilt hat, dass dies erfolgen wird. Liegt im Ergebnis keine Kindeswohlgefährdung vor, ist ein Fortsetzen der Hilfe wie gehabt möglich. Die Kompetenzen von Familienhebammen im Zusammenhang mit einer möglichen Kindeswohlgefährdung beziehen sich daher insbesondere auf diesen Klärungs- und Vermittlungsprozess.“ (NZFH 2013b:21)

Demnach ist die Familienhebamme eine wichtige Schlüsselperson zwischen der sekundären und tertiären Prävention im Falle einer Kindeswohlgefährdung. Obwohl deren Hauptarbeitsbereich der Sekundärprävention zugeordnet wird. Aus diesem Grund ist eine Familienhebamme nicht für die Diagnose einer Kindeswohlgefährdung verantwortlich, sondern übernimmt den Part einer Lotsin. Die Einschätzung sowie weitere Vorgehensweisen sind daraufhin immer der Verantwortung des Jugendamtes und deren Schutzauftrag im Sinne des §8a des SGB VIII unterlegen. (ebd.)

## **8. Vor- und Nachteile der unterschiedlichen institutionellen Zugehörigkeit von Familienhebammen**

Dieses Kapitel geht auf die Vor- und Nachteile der institutionellen Zugehörigkeit der Familienhebammen ein. Grundlage dafür ist der Leitfaden für Kommunen vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen zum Einsatz der Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen.

Aufgrund der Erstausbildung zur Hebamme entspricht eine Anbindung am Gesundheitsbereich dem bisherigen Selbstverständnis der meisten Familienhebammen. Als Angehörige des Gesundheitswesens werden sie in erster Linie mit der Gesundheitsförderung in Verbindung gebracht und weniger mit einer Kontrollfunktion des Jugendamtes. Die

Akzeptanz, ist wie bereits erwähnt hoch und vermittelt den Familien Vertrauen. Jedoch spricht eine enge Anbindung an das Jugendamt eine bessere inhaltliche Vernetzung mit einer folgenden schnelleren Abstimmung untereinander und anderen Helfenden der Kinder- und Jugendhilfe. Ebenfalls kann dies im Rahmen einer sogenannten Hilfe im Tandem von Vorteil sein, wenn eine Familienhebamme gemeinsam mit einer sozialpädagogischen Fachkraft zusammen der Familie Unterstützung zukommen lässt. Das allgemeine Verständnis von dem Berufsbild der Hebammen kann jedoch in Folge einer Entsendung der Familienhebamme durch das Jugendamt negativ beeinflusst werden. Niedrigschwellige und speziell auf die Anforderungen der Kommunen ausgerichtete Hilfen in Form von Familienhebammen können auch von freien oder kirchlichen Trägern vermittelt werden. In diesem Fall wären sie an Stadtteil- oder Familienzentren angelehnt. (NZFH 2013a:43)

Demnach ist die Arbeit der Frühen Hilfen in ihrer Ausgestaltung von der jeweiligen Kommune abhängig.

## **9. Aktueller Stand**

Dieses Kapitel soll einen Abriss des aktuellen Standes der Familienhebammen vorstellen. Einbezogen wird hierbei die Begleitforschung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen sowie eine Evaluation der Arbeit der Fachkräfte Frühe Hilfen für das Jahr 2014 im Landkreis Stendal. Es soll die Situation der Familienhebammentätigkeit im Land Sachsen- Anhalt und im Einzelnen für den Landkreis Stendal darstellen.

### **9.1. Begleitforschung zur Bundesinitiative Frühe Hilfen**

Die Koordinierungsstelle für die Bundesinitiative Frühe Hilfen (Art. 6 VV BIFH) ist seit dem 01.07.2012 das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH). Wie bereits im Kapitel 1 näher beschrieben wurde, gehört zu den Aufgaben der Koordinierungsstelle die wissenschaftliche Begleitung der Bundesinitiative. Aufgrund des großen Interesses und der Möglichkeit im Rahmen der Bundesinitiative die Qualitätsentwicklung und Qualifizierung der Fachpraxis von Beginn der Förderung an zu begleiten, sind in den letzten drei Jahren aktuelle Daten aus der Praxis in den Modellprojekten gesammelt worden. Näher untersucht wurden in der Begleitung der Modellprojekte Studien zu den Bedarfen von Familien, Dokumentation und Evaluation des Aufbaus von Strukturen und Angeboten in den Kommunen sowie eine Wirkungs- und Professionsforschung. (NZFH 2014a: 21)

Parallel wurden zu der Begleitforschung auch tätigkeitsspezifische Kompetenzprofile für NetzwerkkoodiratorInnen, Familienhebammen und Familien- Gesundheits- und

KinderkrankenpflegerInnen entwickelt, um die Grundlage der Handlungsanforderungen adäquat erfüllen zu können. Des Weiteren wurden in diesem Rahmen Fortbildungsmodule zur Qualifizierung erstellt die flexibel in die bereits bestehenden Curricula des jeweiligen Landes zur Weiterbildung integriert werden können. Zusätzlich erstellte Arbeitshilfen und Vorlagen diene dem täglichen Gebrauch sowie zum Erhalt der Qualität der Frühen Hilfen in den Kommunen der Jugend- und Gesundheitsämter, Koordinierungsstellen und kommunale Gremien. (ebd.:22)

Zur Vereinfachung der Dokumentationspflicht gibt es für die Familienhebammen die sogenannte „Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich“ und hilft ihnen zur Wahrung der Datenschutzbestimmungen sowie eine gewisse Rechtssicherheit. ( ebd.: 23)

Die Familienhebammen im Landkreis Stendal arbeiten mit einer Dokumentenvorlage der Stiftung eine Chance für Kinder. Diese Vorlage wird im nächsten Abschnitt näher beschrieben. (Stiftung eine Chance für Kinder 2014d)

Das Ziel der Bundesinitiative Frühe Hilfen war die bundesweite Verbesserung der Situation für (werdende) Eltern und deren Säuglingen sowie Kleinkindern bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres. Dafür sollten bedarfsgerechte und passgenaue Angebote zur Versorgung bereitgestellt bzw. verbessert werden, um die Familien in Form von Informationen, Beratung und Unterstützung zu erreichen. (NZFH 2014a)

Im Zwischenbericht 2014 des NZFH zur Bundesinitiative Frühe Hilfen wurden Ergebnisse der Wissenschaftlichen Begleitforschung in den folgenden Bereichen dokumentiert:

- Zentrale Forschungsergebnisse
- Unterstützungsbedarfe von Familien mit Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland
- Auf- und Ausbau von kommunalen Angeboten und Strukturen im Bereich Frühe Hilfen
- Wirkungs- und Professionsforschung

Im Ergebnisse konnte Festgehalten werden „[...]dass ein Wechsel von Fachkräften aus dem System Gesundheitswesen in das System Kinder- und Jugendhilfe mit sehr großen Schwierigkeiten verbunden ist.“ (NZFH 2014a: 99) Ebenfalls wurde festgestellt, dass der Einsatz von Familienhebammen und vergleichbare Gesundheitsfachberufe zur Umsetzung von passgenauen Hilfen für Familien mit besonderem Hilfebedarf positiv mit beitragen. Jedoch ist eine derzeitige Unterversorgung, aufgrund des Mangels an qualifizierten Fachkräften zu verzeichnen. (ebd.)

Da der Fokus dieser Arbeit auf den Familienhebammen liegt werden hier nun Ergebnisse des Einsatzes von Familienhebammen und Fachkräften aus vergleichbaren Gesundheitsfachberufen dargestellt. Alle weiteren Ergebnisse können im Zwischenbericht des NZFH 2014 nachgelesen werden.

Im Rahmen der Förderung durch die Bundesinitiative Frühe Hilfen konnte eine gezielte Steuerung der Angebote von Familienhebammen entwickelt werden. Neu aufgebaut wurden dabei in 9,9% der Kommunen das Angebot der Familienhebammen und ähnlichen Gesundheitsfachberufen. Des Weiteren wurden 30% der Angebote quantitativ weiter ausgebaut und über 27% der Kommunen verzeichneten eine qualitative Verbesserung der Angebotsstruktur. Familienhebammen sind im Bereich der Frühen Hilfen bedeutsam, da es ein Angebot ist, welches häufiger Eltern mit einem niedrigen Bildungsgrad aufgrund der Geh-Struktur erreicht. Hingegen werden Angebote mit einer Komm-Struktur weit aus häufiger von Eltern mit einem höheren Bildungsgrad genutzt. Festgestellt wurde bei der Begleitforschung jedoch trotz Ausbau durch die Bundesinitiative, dass „weiterhin ein hoher Entwicklungsbedarf“ (NZFH 2014a:38) besteht. Anlass für die Annahme ist eine Einschätzung der Jugendamtsbezirke, die mit 34,1% eine niedrige bedarfsgerechte Versorgung dokumentierten. Dabei wird von 60% der Jugendamtsbezirke das Fehlen von ausreichend qualifizierten Fachkräften genannt. Weitere Hinderungsgründe sind die Differenz in der Höhe der Vergütung, kaum vorhandene Fördermittel, lange Anfahrtswege und im Besonderen die Klärung der Auftragslage mit den öffentlichen Auftraggebern. Jugendamtsbezirke schätzen in 84% den langfristigen Einsatz von Familienhebammen in aufsuchenden Angeboten. Jedoch werden sie auch im Rahmen der ambulanten Erziehungshilfe zu 27,4% eingesetzt. Kritisch wurde dabei der Einsatz der sekundärpräventiven Maßnahme Familienhebamme in einem Bereich der Tertiären Hilfe bewertet. Ursache dafür ist das ungeklärte Konzept und Profil der Familienhebamme im Bereich der Tertiärprävention. (ebd.)

## **9.2. Die Arbeit der Fachkräfte Frühe Hilfen für das Jahr 2014 im Landkreis Stendal**

In Folge des Interviews mit der Netzwerkkoordinatorin hat sie die „Vorlage zur Standardisierten Dokumentation bei dem Einsatz von Familienhebammen“ sowie die „Auswertung der Arbeit der Fachkräfte Frühe Hilfen ( Familienhebammen und/oder Familien-Gesundheits- und KinderkrankenpflegerInnen) für das Jahr 2014 im Landkreis Stendal“ bereitgestellt.

Im Landkreis Stendal sind drei Familienhebammen tätig. Sie werden durch die Netzwerkkoordinatorin, die sowohl für das Netzwerk Kinderschutz als auch für das Netzwerk Frühe Hilfen tätig ist, koordiniert. Sie sind somit an das Jugendamt in Stendal angegliedert und werden darüber finanziert. (Landkreis Stendal 2010)

Zur Falldokumentation füllen alle Familienhebammen zu Beginn der Betreuung die Dokumentenvorlage der Stiftung eine Chance für Kinder gemeinsam mit der KoordinatorIn oder einer anderen erfahrenen Fachkraft laut der Anleitung der Stiftung aus.<sup>3</sup>Die Dokumentenvorlage soll dazu dienen einen Überblick über die Familien festzuhalten. Zunächst findet eine Eingangsbewertung statt, diese in Form einer Ampel vorliegt und jeweils mit grün (unauffällig), gelb (kritische Punkte liegen vor, es besteht aber noch keine Gefahr) und rot (stärkere Probleme und mögliche Gefährdungen sind vorhanden) deklariert wurden und zu jedem weiteren Treffen erneut bewertet werden. Des Weiteren werden die Ressourcen der Mutter zu den Themen somatische und psychische Gesundheit, Soziale Situation, Ausbildung und Arbeit in Form von +3 (große Stärke), 0 (weder Stärke noch Schwäche) bis – 3 (große Schwäche) vorgenommen. Die Bewertungsskala wird folgend noch beim Kind zu den Themen Ernährung und Pflegezustand vorgenommen sowie bei den elterlichen Kompetenzen zu den Themen Verantwortung und Bindung, Respekt und Erziehung, zum Familienleben und dem Sozialen Umfeld getätigt. Zuletzt erfolgt noch die Einschätzung der materiellen Probleme und der Wohnsituation der zu begleitenden Personen. Außerdem werden in den Unterlagen noch der gesundheitliche Zustand von Mutter und Kind, Maßnahmen und Vereinbarungen und abschließend die Einschätzung zur Verbesserung nach der Beendigung der Begleitung schriftlich festgehalten. (Stiftung eine Chance für Kinder 2012a)

### **9.3. Darstellung der Auswertung der Arbeit der Fachkräfte Frühe Hilfen im LK Stendal<sup>4</sup>**

Laut der Auswertung lebten im Jahr 2014 ca. 115.471 Einwohner im Landkreis Stendal. Geboren wurden in dem Jahr ca. 900 Säuglinge, das verzeichnet einen Anstieg von rund 70 Säuglingen mehr als im Vorjahr laut der Statistik von 2014. Die 59 betreuten Familien wurden wie bereits erwähnt von insgesamt drei möglichen Familienhebammen begleitet. Dies entspricht einer Betreuungsquote von 6,5% der Säuglinge im Landkreis Stendal. Im Vergleich zum Vorjahr sind dies 8 Familien weniger. Abgeschlossen wurden folgend 29 Betreuungen durch die Familienhebammen im Jahr 2014. Die Einsatzstunden als Fachkraft

---

<sup>3</sup> Liegt zur Ansicht im Anhang bei

<sup>4</sup> liegt zur Ansicht dem Anhang bei

Frühe Hilfen betragen im Jahr 2013 mit 442 Stunden mehr als im Jahr 2014 mit 374 Stunden. (Stiftung Eine Chance für Kinder 2014b)

Es lässt sich verzeichnen, dass gerade mal 8 % der Begleiteten zu der Kohorte der Teenager- Mütter gezählt wurden, jedoch waren insgesamt 44% der Mütter unter 22 Jahren. Bei der Auswertung der Zielgruppe waren Mehrfachnennungen möglich und so betrug sich der Anteil der Mütter in einer schwierigen sozialen Lage auf 64%, gefolgt von 44% alleinstehenden Schwangeren/ Müttern und einer ausgeprägten Überforderung mit 36% der Begleitenden. Signifikant ist, dass 72% und damit fast dreiviertel der betreuten Familien bereits beim Jugendamt bekannt waren. Die Schlussfolgerung daraus wäre, dass ein Großteil der betreuten Familien Risiken des tertiären Bereiches aufweisen, obwohl die Familienhebammen laut Definition primär dem Sekundären Präventionsbereich zugeordnet sind. Die Probleme der Mütter spiegeln sich weniger in der gesundheitlichen Lage, sondern in einer multiplen Betroffenheit der sozialen Situation wieder. Das Hauptproblem neben der Partnerschaft (76%) und dem Umgang mit Konflikten (68%) war die schwierige Finanzlage (56%) folgend aus der Arbeitslosigkeit (64%). Die Problemlage der elterlichen Kompetenz lag im Besonderen in der Wahrnehmung der kindlichen Bedürfnisse (84%), der Zuwendung in Form von Gestik, Blickkontakt usw. (64%) und den fehlenden Außenaktivität(56%). Insgesamt 44% der Mütter lebten in einer Beziehung und ebenso 44% waren alleinerziehend. Der Anteil der bildungsfernen Mütter ist hoch, 48% der Mütter wiesen keinen Schulabschluss auf und gerade mal 36% besaßen einen Hauptschulabschluss. Den höchsten Abschluss wiesen zwei Mütter (8%) mit einem Realschulabschluss auf. Daraus folgend verblieben 72% der Mütter ohne berufliche Qualifikation und die Finanzierung von 68% der Mütter fand durch Arbeitslosengeld II/ Hartz IV statt. Diese Zahlen verzeichnen einen Erfolg, da das Angebot Familienhebammen erfolgreich bildungsferne Familien erreicht und somit eine Möglichkeit geschaffen hat das Präventionsdilemma<sup>5</sup> zu umgehen. Die Kontaktaufnahme ist laut der Statistik in 44% der Fälle durch die eigenen Kontaktaufnahme der Klientin zur Familienhebamme aufgebaut wurden und soll laut der Statistik nur in 8% der Fälle durch die Vermittlung des Jugendamts geschehen sein. Aufgrund der erhöhten Bekanntheit der Familien beim Jugendamt ist jedoch zu hinterfragen, ob die Kontaktaufnahme auf Anraten des Jugendamts geschehen ist oder aus der eigenen

---

<sup>5</sup> „Damit wird der normativ schwierige Umstand beschrieben, dass handlungs- und ressourcenstarke Gruppen durch wirksame [...]Präventions- und Förderangebote weiter gestärkt werden. Ressourcenschwache Gruppen werden dagegen durch diese Angebote schwerer oder gar nicht erreicht[...] In der Konsequenz vergrößert sich also der Abstand zwischen den ressourcenstarken und-schwachen Gruppen ausgerechnet durch gute, wirksame Interventionen und Programme.“ (bpb 15.01.2013)

Motivation heraus. Nach der Motivation und der Frage nach der Kenntnis einer solchen Hilfe wird jedoch keine Antwort gegeben. (ebd.)

Eine Betreuung von weniger als 8 Monaten erfolgte in 60 % der Fälle. Die Betreuung endete in 68% der Fälle regelhaft, 20% der Fälle brachen die Betreuung ab. In 12 % endete die Betreuung aufgrund der Herausnahme des Kindes. Ein Erfolg ist, dass für 16 % der Familien nach Beendigung der Hilfe durch eine Fachkraft der Frühen Hilfen keine weitere Betreuung erforderlich war und für weitere 36% eine Betreuung nur in bestimmten Situationen angeraten wurde. Für 48% der Familie ist jedoch eine kontinuierliche Betreuung erforderlich. Ebenfalls hervorzuheben ist, dass in 51,6% der Fälle eine Abrechnung durch die Fachkraft Frühe Hilfen als Regelhebamme (Entgelt über HebGV) durchgeführt wurde. Die Beteiligung von weiteren Professionen war in 56% der Familien nötig. Dies zeigt erneut die Vernetzung der Frühen Hilfen innerhalb einer Begleitung. Festzustellen ist, dass aufgrund des Einsatzes der Fachkraft Frühe Hilfen 64% der Familien entweder eine Lösung ihres Problems nach ihrer Betreuung oder eine Verbesserung der Ausgangslage verzeichnen können.

Die Begleitforschung des NZFH sowie die Evaluation des Landkreises Stendal zeigen eine positive Resonanz der Familienhebammen. Neben der Geh- Struktur der Hilfe sind vor allem die Niedrigschwelligkeit und die empathische Arbeitsweise hervorzuheben. Durch die Übernahme in ein Regelangebot können die Frühen Hilfen und deren Wirksamkeit gestärkt werden. (ebd.)

## **10. Zielsetzung und Hypothesen der empirischen Arbeit**

Im folgenden Kapitel werden auf der Grundlage der bereits vorgestellten empirischen Daten Zielsetzungen dieser Arbeit beschrieben und aufgekommene Hypothese dargelegt. Mit Hilfe der im ersten Teil der Arbeit vorgestellten Bundesinitiative Frühe Hilfe des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen wurde bereits ein Großteil aktueller Daten und die Praxis der Familienhebammen beschrieben. Ziel der kommenden Kapitel wird sein, einen Abriss der Familienhebammenarbeit im Landkreis Stendal mit Hilfe des vorhandenen empirischen Materials und dem Interview mit der Netzwerkkoordinatorin in den Frühen Hilfen und den Interviews der Familienhebammen abzuzeichnen. Die Leitfragen der Arbeit sind:

- 1) Welche Faktoren sind fördernd oder hemmend für die Arbeit der Familienhebammen?
- 2) Wie empfinden die Familienhebammen ihre Arbeit zwischen dem SGB V und dem SGB VIII und welche Umgangsstrategien haben sie dabei entwickelt?
- 3) Inwiefern beeinflusst das Kinderschutzgesetz die Arbeit der Familienhebammen?

- 4) Welche Potentiale weißt das gemeinsame Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz auf?

Aus dem bereits gesammelten empirischen Datenmaterial sowie einem Besuch des Fachtages „Frühe Hilfen- schafft Prävention“ wurden fünf Hypothesen gebildet, auf deren Grundlage der Interviewleitfragebogen entwickelt und weitere Literaturrecherchen durchgeführt wurden. Themengebiete der Hypothesen sind die Professionalität und das Rollenverständnis der Familienhebammen, das Kinderschutzgesetz, der Einfluss der Monetären und Personalen Lagen auf die Arbeit der Familienhebammen sowie die Wichtigkeit der Netzwerkarbeit in den Kommunen.

- 1) Die Professionalität der Familienhebamme ist von äußeren Variablen, wie z.B. Supervision, der Ausbildung etc., sowie von den Persönlichkeitsmerkmalen der Fachkraft Frühe Hilfen abhängig.
- 2) Das gemeinsame Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz bildet eine gute Grundlage für den Landkreis Stendal, jedoch bedarf es einer Intensivierung des Informationsaustausches sowie einer weiteren Sensibilisierung für die unterschiedlichen Professionen und ein besseres Rollenverständnis für einander.
- 3) Die Verortung der Familienhebamme zwischen dem SGB V und dem SGB VIII bringt Unklarheiten in das Selbstbild der Familienhebammen und deren Präventionsauftrag.
- 4) Die monetären und personellen Rahmenbedingungen der Familienhebammen scheinen für den Landkreis Stendal unzureichend.
- 5) Die psychosozialen Belastungen der Familienhebammen scheinen hoch zu sein.

## **11. Datenerhebung**

Im folgenden Abschnitt wird der methodische Teil der empirischen Arbeit festgehalten. Dabei werden die Erhebungsinstrumente im Einzelnen vorgestellt sowie die angewendete Methodik erklärt. Im Zuge dessen erfolgt eine Reflexion der gewählten Methoden und Instrumente. Im Anschluss daran wird der Verlauf des Forschungsprozesses dokumentiert und der Ablauf der Interviews und deren Vorbereitungen erläutert. Der Auswertungsteil sowie die Reflexion der entstandenen Ergebnisse bilden den Hauptteil der zweiten Hälfte dieser Arbeit. Ziel ist es einen differenzierten Abgleich vorzunehmen und die im vorherigen Kapitel aufgestellten Hypothesen zu überprüfen.

### **11.1. Erhebungsinstrumente**

In diesem Kapitel werden die angewendeten Methoden zur Erhebung des Datenmaterials vorgestellt. Im Rahmen der Erläuterungen wird eine Reflexion von deren Vor- und Nachteilen im Allgemeinen und für die vorliegende Arbeit getätigt.

### **11.2. Feldforschung**

In diesem Kapitel wird die angewendete Feldforschung nach Mayring beschrieben und mit einem Ablaufplan abgeschlossen.

Das Ziel einer jeden qualitativen Forschung ist nach Mayring die Anwendung der Feldforschung. Die Anwendung der Feldforschung ist nur dann möglich, wenn das Feld ohne größere Störung zugänglich ist. In der Vorbereitung der Feldforschung sollten die Forscher auf die aufkommenden Probleme eingestellt sein. Das Engagement für die Beteiligten muss klar sichtbar sein. (Mayring 2002:57) Demnach muss das Vorhaben nach Friedrichs ethisch vertretbar sein und „Der Beobachter ist weder Voyeur noch ein Spion, seine Arbeit geschieht für die Betroffenen“ (1973:289).

Der Grundgedanke der Feldforschung nach Mayring(2002) ist, den untersuchten Gegenstand möglichst in seinen natürlichen Kontext zu untersuchen. Der Eingriff durch die Untersuchungsmethode soll eine Verzerrung vermeiden.

Der Ablauf der Feldforschung ist nach Mayring (2002) in vier grobe Schritte eingeteilt. Zu nächst erfolgt eine Festlegung der Fragestellung(1) und eine Herstellung zum Feldkontakt(2). Die im Anschluss erstellte Materialsammlung(3) wird mittels Auswertungsmethode(4) untersucht.

### **11.3. Forschungstriangulation**

Die Analyse der Situation der Familienhebammen ist eine umfangreiche systemische Betrachtung der Gesundheits- und Jugendhilfe. Auf Grund dessen greift diese Arbeit auf eine Forschungstriangulation zurück, um die Gesamtheit der Systematik Familienhebamme zu untersuchen. So wurden mit Hilfe der Begleitforschung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen bereits aktuelle Daten der Situation der Familienhebammen in den Bundesländern und im Besonderen in Sachsen- Anhalt untersucht und dienen neben weiterer Fachliteratur als Datengrundlage. Zu dem wurde eine Sekundäranalyse von zwei Interviews einer bereits vorangegangenen Bachelorarbeit genutzt, um die Situation der Familienhebammen zu beschreiben sowie um Hypothesen für ein Interview mit einer Expertin zu erstellen. Zuletzt

wurde ein Experteninterview mit der Netzwerkkoordinatorin des Landkreises Stendal durchgeführt. Diese Vielfalt an Methoden ermöglicht eine Flexibilität im Forschungsprozess. Im Weiteren werden das Problemzentrierte Experteninterview sowie die Sekundäranalyse vorgestellt.

#### **11.4. Problemzentriertes Experteninterview**

Qualitative Interviews sind in der Sozialforschung Standardinstrumente. Sie dienen dazu einen direkten Kontakt zu dem Befragten aufzubauen und diesen zu nutzen. (Mayring 2002) Das Problemzentrierte Interview ist von drei Prinzipien geprägt. Der Problemzentrierung, deren Grundlage eine gesellschaftliche Problemstellung ist, die im Vorfeld des Interviews bereits wesentlich erschlossen wurde. Der Gegenstandsorientierung, die ein Verfahren beschreibt, welches eine konkrete Gestaltung auf den spezifischen Gegenstand bedarf und somit die Veränderung bzw. Anpassung an den Erhebungsinstrumenten voraussetzt. Sowie der Prozessorientierung bei der es „um die flexible Analyse des wissenschaftlichen Problemfeldes, eine schrittweise Gewinnung und Prüfung von Daten“ (Witzel 1982: 72) geht. Die vier Grundgedanken des Problemzentrierten Interviews bestehen aus dem sprachlichen direkten Zugang zu, sowie dem folgenden Eruierten der Bedeutung des Umstandes für den Interviewten. Ein Aufbau einer Vertrauenssituation aufgrund des Erfragens der subjektiven Bedeutung. Sowie die Anknüpfung an ein konkretes gesellschaftliches Problem, was im Vorfeld objektiv analysiert wurde. (Mayring 2002: 68-69) Vorteile dieser qualitativen Methode sind, dass überprüft werden kann, ob der oder die Befragte einen verstanden hat. Im Weiteren eröffnet es die Möglichkeit subjektive Perspektiven und Deutungen zu erklären. Ebenfalls können die Befragten eigene Zusammenhänge und Strukturen entwickeln.(ebd.) Für den Auswertungsprozess kann zusätzlich die Interviewsituation bewertet oder reflektiert werden. Im Gegensatz zu weiteren Interviewarten wird das problemzentrierte Interview eingangs theoriegeleitet eröffnet und lenkt es in eine bestimmte thematische Richtung. Dabei besteht desweiterem die Möglichkeit Missverständnisse zu klären und für den Experten Wissen zu ergänzen und einen Rahmen der Thematik zu ziehen. (Bamler et al. 2010: 105) Das Experteninterview ermöglicht einen Wissensaustausch mit Akteuren des jeweiligen Fachgebietes und dem Erhalt von Expertenwissen des Forschungsfeldes. Die Grundlage der Theorie geht davon aus, dass es zum Einen „Experten“ und zum Anderen „Laien“ zu diesem Thema gib, die demnach entweder „Spezialwissen“ oder „Alltagswissen“ besitzen. Demnach steht das Experteninterview im Kontrast zu anderen qualitativen Methoden, da dieses nicht davon ausgeht, dass die Befragten immer Experten ihrer Lebenswelt sind. (Mey et al. 2010: 427)

Die Kombination von problemzentrierten Interviews und Experteninterviews ermöglichte die direkte Befragung der Experten zu den erstellten Hypothesen. Die Möglichkeit eigen erstellte Hypothesen im Kontakt mit dem Experten zu beantworten, konnte zur Theoriebildung der Arbeit beitragen. Außerdem sind die Themenkomplexe und das Nutzen der vorbereiteten Leitfragen für die Fokussierung des Interviews hilfreich, da man das Expertenwissen in eine thematische Richtung lenken kann. Dadurch kann das Sammeln von Daten die nicht im Zusammenhang mit den Hypothesen oder Themen der Arbeit stehen vermieden werden.

### **11.5. Sekundäranalyse**

Die Sekundäranalyse hat ihren Ursprung in der quantitativ orientierten Umfrageforschung und wurde bereits ab Mitte der 1990ziger Jahre in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften als Qualitative Methode angewendet. (Medjedović,2010)

Definiert wird der Begriff von Heaton (2004:16) wie folgt: „Secondary analysis is a research strategy which makes use of pre-existing quantitative data or pre-existing qualitative research data for the purposes of investigating new questions or verifying previous studies.“

Demnach wird die Sekundäranalyse in der empirischen Forschung genutzt, um bereits vorhandene Daten erneut zu analysieren, z.B. um ältere Daten zu Reproduzierung, zur Kontrolle oder zur Bearbeitung einer neue Fragestellung mit bereits vorhanden Daten. Voraussetzung für eine Sekundäranalyse sind bereits erhobene Datensätze, die zum Beispiel mit Hilfe von Datenbanken, anderen Forschungspartnern oder Sammlungen einer Institution zur Verfügung stehen. (Medjedović,2010)

Vorteile der Sekundäranalyse sind zum einen im Rahmen der Forschungsökonomie und-ethik, dass die Experten nicht zu einem Themenschwerpunkt mehrmals befragt werden, sowie sie ihre knappen Zeitreserven nicht verschwenden und keine Datensätze unnötig gesammelt werden. Zum anderen können aus den älteren Ergebnissen und Informationen neue Fragestellungen und Perspektiven entwickelt und mit Hilfe dessen auch neue Methoden entstehen und Theorien entwickelt werden. Zu dem können Probleme besser verglichen und somit Wandlungen verstanden werden. (ebd.)

Im Rahmen dieser Arbeit wurden Datensätze aus der Bachelor Arbeit von Maike Lake verwendet, da sie bereits im Jahr 2014 Interviews mit zwei von drei Familienhebammen im Landkreis Stendal geführt hat. Auf die Verwendung der Daten wird Abschnitt Formale Datenanalyse der qualitativen Inhaltsanalyse näher eingegangen.

### **11.6. Verlauf des Forschungsprozesses**

Der Forschungsprozess begann mit dem Interesse des Berufsfeldes Familienhebammen im Wintersemester 2014/ 2015. Aufgrund dessen half ich im 5. Semester bei dem Berliner Kongress „ Armut und Gesundheit“ von Gesundheit Berlin Brandenburg in der Betreuung der Frühen Hilfen mit. Im Rahmen des Kongresses Armut und Gesundheit 2015 „Gesundheit gemeinsam verantworten“ konnte ich weitere Eindrücke in den Frühen Hilfen und im Besonderen in den Hilfen rund um die Geburt sammeln. Ebenfalls habe ich Materialien des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen zu den Themen Familienhebammen und Frühe Hilfen erstanden.

Anschließend wählte ich für das 6. Semester ein zusätzliches Seminar „Gesundheitsförderung und Prävention im Kindes- und Jugendalter“. Im Laufe des Semesters erhielt ich durch die angebotenen Themen einen Überblick über aktuelle Diskurse im Gesundheitswesen. Mit Hilfe der gestellten Adhoc Aufgaben konnte ich mich bereits mit Materialien zu den Themen Prävention, Geburt und Frühe Hilfen auseinandersetzen. Dies half mir im späteren Verlauf zur Bildung von eigenen Hypothesen und der Wahl meiner Leitfragen sowie zur Themenfokussierung.

Im Begleitseminar zur Bachelorarbeit konnte ich zu einem frühzeitigen Termin mein Konzept für die Bachelorarbeit vorstellen und im Team besprechen. Die Schwierigkeit hierbei bestand in der Fokussierung meines Themenkomplexes. Entscheiden musste ich mich zwischen einer intensiven Auseinandersetzung der Wirkung von der Gesetzeslage und der Wahrnehmung der Arbeit der Familienhebammen in den Frühen Hilfen und einer zentralen Ausrichtung auf die Familienhebammen in den Frühen Hilfen. Nach der Besprechung meiner Bachelorarbeit und einer Überdenkzeit entschied ich mich für die Untersuchung der Familienhebammen in den Frühen Hilfen zwischen der Gesundheitshilfe und der Kinder- und Jugendhilfe. Gründe dafür waren zum einen die Masse an Materialien und Fakten die eine Bachelorarbeit weit überschreiten würden und die mögliche Gefahr die erfassten Daten und Erkenntnisse aufgrund der kurzen Zeit nicht zentral und sensibel zusammen fassen zu können.

Ein Abriss der aktuellen Gesetzeslage ist aufgrund der thematischen Verortung weiterhin hilfreich. Ebenfalls hilfreich hielt ich persönliche Aussagen von Akteuren der Frühen Hilfen. Nach einer intensiven Literaturrecherche hatte ich Eindrücke der Begleitforschungen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen erhalten und empfand die personalen Eigenschaften und Ansichten als einen ausschlaggebenden Punkt für eine gelingende Hilfe.

Während meiner Recherchen im Bezug auf den Landkreis Stendal fand ich vier direkt beteiligte und thematisch passende Akteure in den Frühen Hilfen. Zu den Akteuren zählte ich die drei ansässigen Familienhebammen und die Netzwerkkoordinatorin für Frühe Hilfen und Kinderschutz. In einer weiteren Besprechung erfuhr ich von bereits durchgeführten Interviews mit zwei der drei Familienhebammen im Landkreis Stendal. Da die Interviews zu

dem Zeitpunkt nicht einmal ein Jahr her waren, entschied ich mich aufgrund der Aktualität und der knappen zeitlichen Ressourcen der Familienhebammen für eine sekundär Auswertung des vorhanden empirischen Datenmaterials.

Aufgrund der zwei beteiligten Hilfesysteme, Gesundheitshilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe, empfand ich die Rolle der Netzwerkkoordinatorin mit ihren Aufgabenbereichen in den Frühen Hilfen und dem Kinderschutz als eine ebenfalls wichtige AkteurIn. Den Kontakt zu ihr, für ein Interview nahm ich telefonisch auf. Im Rahmen des ersten Telefonats empfahl sie mir einen Fachtag in Stendal mit dem Thema „ Frühe Hilfen- Kooperation schafft Prävention“. Ich besuchte den Workshop „Familienhebamme- hautnah“ von Ute Knospe die eine der drei Familienhebammen im Landkreis Stendal ist. Sie berichtete in dem Workshop in anonymisierter Form von Fällen ihrer Arbeit. Die Gespräche mit der Familienhebamme, den Sozialarbeitern sowie weiteren Akteuren der Frühen Hilfen stärkten mich erneut meinen Fokus auf die Familienhebammen zwischen den beiden Hilfesystemen zu legen. Nach dem Fachtag erhielt ich die Zusage für ein Interview mit der Netzwerkkoordinatorin der Frühen Hilfen und dem Kinderschutz. Zur Erstellung des Leitfragebogens konnte ich die bereits recherchierten Erkenntnisse meiner Literaturrecherche, der Teilnahme am Fachtag und die zwei gesichteten Interviews nutzen. Mit dem besprochenen Leitfragebogen hielt ich mit der Netzwerkkoordinatorin ein fünfzig minütiges Interview mit einem anschließenden Diskussionsaustausch. Aufgenommen wurden hierbei die ersten fünfzig Minuten mit einem Diktiergerät. Abschließend stellte sie mir die Evaluation der Arbeit der Fachkräfte Frühe Hilfen für das Jahr 2014 im Landkreis Stendal zur Verfügung.

Im nächsten Abschnitt wird die Datenauswertung der Interviews beschrieben.

### **11.7. Datenauswertung**

In diesem Kapitel wird das Auswertungsverfahren beschrieben und die Methodik erläutert sowie reflektiert. Durch die Beschreibung der formalen Datenanalyse soll eine Transparenz geschaffen werden.

### **11.8. Qualitative Inhaltsanalyse**

Die Qualitative Inhaltsanalyse ist ein Auswertungsinstrument. Der Schwerpunkt der Qualitativen Inhaltsanalyse liegt in der strukturierten und systemischen Analyse. Die Strukturierung ermöglicht es das Material schrittweise, kleinteilig und theoriegeleitet zu bearbeiten. (Mayring 2002:114)

Grundlage für die meisten Qualitativen Inhaltsanalysen ist eine Theorie. Mit Hilfe der Theorie können die Kategorien gebildet und die Forschungsfragen beantwortet werden.

Forschungsrelevant wird hierbei der Inhalte der Daten sowie das Forschungsinteresse beschrieben. (Bamler et al. 2010:136) Trotz der Kategorienbildung gibt es die Möglichkeit explorative Elemente einzubauen. Ein Beispiel dafür ist die Selbsteinschätzung der Untersuchungsperson. Solche Elemente können zusätzlich Meinungen von Befragten in die Forschung mit einbringen.(ebd.)

Insgesamt gibt es drei Grundformen der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Eine Form ist das Zusammenfassen. Indem das Material reduziert wird und die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben existiert zum Schluss ein Abbild des Grundmaterials. Eine weitere Form ist die Explikation. Das Ziel der Explikation ist das Sammeln von zusätzlichen Materialien, um das Verständnis für einzelne Textteile zu erweitern und zu ermöglichen. Im Falle einer Strukturierung werden die Materialien auf der Grundlage von festgelegten Ordnungskriterien eingeschätzt. (Mayring 2002:115)

Nach Mayring ist ein Ziel „ der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse [...], eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern. Das können formale Aspekte, inhaltliche Aspekte oder bestimmte Typen sein; es kann aber auch eine Skalierung, eine Einschätzung auf bestimmten Dimensionen angestrebt werden.“ (Vgl. Mayring 2000; Mayring 2002: 118) Ein weiteres Ziel ist es, die Zuordnung von Textmaterialien zu Kategorien immer zu ermöglichen.

Für die inhaltliche Analyse nach Mayring (2000: 54) existiert ein allgemeines Ablaufmodell. Demnach wird mit der Festlegung des Materials begonnen und auf seine Entstehungssituation analysiert. Daraufhin wird die formale Charakteristika des Materials und die Richtung des Materials bestimmt. Im Anschluss erfolgen die theoretische Differenzierung der Fragestellung und die Wahl der Analysetechnik. Dadurch wird ein konkretes Ablaufmodell festgelegt. Es folgt die Definition der Analyseeinheiten. Mittels des Kategoriensystems können die Analyseschritte, Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung festgelegt werden. Die letzten Schritte sind die Rücküberprüfung des erstellten Kategoriensystems in Zusammenhang mit der Theorie und dem Material, der Interpretation der Ergebnisse in die Richtung der eigens erstellten Hauptfrage und schließlich die Anwendung der inhaltsanalytischen Gütekriterien. (Bamler et al. 2010: 137)

Nach Beck und Schaeppi ist das wichtigste Kriterium die Gegenstandsangemessenheit. Diese wird wie folgt beschrieben: „ Es geht nicht um ein repräsentatives ‚Einfangen‘ von allen möglichen Variationen und Meinungen zu einem Forschungsthema, sondern darum, ein tieferes Verständnis der bisher analysierten Fälle zu gewinnen und die gewonnenen Konzepte und den analytischen Rahmen des Forschungsprojektes weiterzuentwickeln.“ (Beck/Schaeppi

2006:5)

Die genannten Vorteile der qualitativen Inhaltsanalyse sind die schrittweise Analyse und die damit verbundene Abarbeitung aller Materialien. Ein Vorteil für die empirische Arbeit sind zu dem die theoriegeleiteten Aspekte, die es ermöglichen eine intensive Bearbeitung bereits im Vorhinein zu absolvieren und diese Erkenntnisse in den Forschungsprozess mit einzubringen. Die in dem theoriegeleiteten Interviewleitfaden entstandenen Themenkomplexe können die Auswertung in Form von Kategorien erleichtern. Mit Hilfe der Kategorien und dem schrittweisen Vorgehen ist eine nachvollziehbare Auswertung für den Leser möglich. Positiv vor zu heben ist die Einarbeitung von individuellen Antworten der Experten in den Auswertungsprozess. Dadurch werden die Themen und die persönlichen Eindrücke der Experten nachvollziehbar dargestellt. (vgl. Bamler et al. 2010; Mey et al. 2010, Mayring 2002) Weiterhin bleibt der Interpretationsspielraum der Kategorienvergabe durch den Forscher kritisch. Dies konnte jedoch durch eine Methodentriangulation und der damit verbundenen Verwendung der theoriegeleiteten Feldforschung und Interviewmethode reduziert werden. Dadurch war es möglich im Vorfeld die Logik des Feldes zu erschließen und die Thesen bezüglich der jeweiligen Logik zu überprüfen. (ebd.)

### **11.9. Formale Datenanalyse der qualitativen Inhaltsanalyse**

An den vorangegangenen Abschnitt anknüpfend werden im Folgenden die Auswertung der Interviews und die Richtung der Analyse vorgestellt. Die Analyse orientiert sich nach dem allgemeinen inhaltsanalytischen Ablaufmodell nach Mayring (2000:54).

#### *Festlegung des Materials*

Das hinzugezogene Material für die Analyse umfasst drei Interviews. Zwei der Interviews sind mit Familienhebammen durchgeführt wurden und eins mit der Netzwerkkoordinatorin Frühe Hilfen und Kinderschutz aus dem Landkreis Stendal. Die Interviews der Familienhebammen werden in einer Sekundäranalyse ausgewertet und sind unter Angabe der Quelle (vgl. Lake 2015) und Aufgrund der fehlenden zeitlichen Ressourcen der Familienhebammen verwendet. Das dritte Interview liegt in transkribierter Form der Arbeit an. Aufgrund von zensierten Antworten liegt keine MP3 Form der Arbeit bei.

#### *Analyse der Entstehungssituation*

Die Durchführung des Forschungsprozesses wurde unabhängig von weiteren Personen oder Forschungsgruppen durchgeführt. Das Interesse lag in der Situation der Familienhebamme in der Rolle als Frühe HelferIn zwischen der Gesundheitshilfe und Jugendhilfe. Die

Schwerpunkte lagen hierbei auf der aktuellen Situation und den Handlungsstrategien der Familienhebamme sowie hemmenden und fördernden Faktoren für eine gelingende Frühe Hilfe. Zugang zu dem empirischen Material erhielt ich durch eine veröffentlichte Bachelorarbeit des vorherigen Jahres mit einem weiteren hohen Auswertungspotential von zwei Interviews mit Familienhebammen. Der Zugang zu der Netzwerkkoordinatorin war durch bereits besuchte Fachtage sowie anfänglichen Telefongesprächen und dem Besuch der Tagung „Frühe Hilfen- Kooperation schafft Prävention“ geschaffen. Für die Durchführung des Interviews mit der Netzwerkkoordinatorin wurden Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt, so dass der Ablauf des Interviews ungestört stattfinden konnte. Die Interviews der Familienhebammen entstanden in einem Kaffee in Havelberg.

#### *Formale Charakteristika des Materials*

Das Interview mit der Netzwerkkoordinatorin liegt in transkribierter Form vor und ist als MP3 Format vorhanden. Die Transkription liegt in einfacher Form mit erweiterten Regeln nach dem „Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende“ von Dresing und Pehl (2013) vor. Die Erweiterung umfasst die Kennzeichnung der Pausenlänge und die Transkription von Verständnissignalen und Fülllauten. (ebd.: 23) Für die Auswertung im nächsten Kapitel wird jedoch für das bessere Verständnis auf Wortdopplung, Dialekt und Fülllaute verzichtet. Der zeitliche Umfang des Interviews mit der Netzwerkkoordinatorin betrug ca. 50 Minuten. Die beiden Interviews mit den Familienhebammen hatten eine Länge von je ca. 25 Minuten.

#### *Richtung der Analyse*

Die Ziele der Analyse der Interviews liegen in dem Herausfiltern der Potentiale des Netzwerks Frühe Hilfe und Kinderschutz, der Einfluss des Kinderschutzgesetzes auf die Familienhebammen, die fördernden und hemmenden Faktoren sowie der Umgang mit der Arbeit zwischen der Gesundheitshilfe der Familienhebamme.

#### *Theoriegeleitete Differenzierung der Fragestellung*

Im Rahme des Kongresses Armut und Gesundheit 2015, der Literaturrecherche zu der Bundesinitiative Frühe Hilfen des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen und den bereits vorliegenden Interviews der Familienhebammen konnte ich Vorüberlegungen bezüglich der Herangehensweise an das Interview mit der Netzwerkkoordinatorin sammeln sowie eine erste theoretische Grundlage schaffen. Die recherchierte Theoriegrundlage ist im ersten Teil der vorliegenden Arbeit nach zu lesen.

### *Definition der Analyseeinheit*

Ein Satz wird als kleinster Materialbestandteil angesehen. Unter eine Kategorie muss mindestens ein Textteil, zu dem eine Antwort gehört, vorliegen.

## **12. Ergebnisse**

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews vorgestellt. Die Leitfragen aus dem Kapitel zu *Zielsetzung und Hypothesen der empirischen Arbeit* dienen zur Einordnung der deduktiven sowie der induktiven Ergebnisse in fördernde und hemmende Faktoren. Im Anschluss daran werden die genannten Umgangsstrategien der Familienhebammen und die Wichtigkeit der persönlichen Merkmale betrachtet. Für jede Kategorie werden die Ergebnisse zusammengefasst und mit Hilfe von Tabellen werden beispielhaft ca. drei Nachweise in einzelnen Passagen dargestellt. Die einzelnen Nachweise ermöglichen den Leser beispielhaft die Ergebnisse nachzuvollziehen und verhindern eine seitenlange Aufzählung von Aussagen.

### **12.1. Fördernde Faktoren**

Die fördernden Faktoren beziehen sich auf sechs Kategorien. Die betrachteten Kategorien sind die Gemeinsame Arbeit des SGB V und SGB VIII, Einfluss des Kinderschutzgesetzes, Potentiale des gemeinsamen Netzwerkes Frühe Hilfen und Kinderschutz, Vorteile der Betreuung durch Familienhebammen, die Motivation sowie die Qualität.

#### *Gemeinsame Arbeit des SGB V und des SGB VIII*

Die positiven Faktoren der gemeinsamen Arbeit des SGB V und des SGB VIII werden im ersten Teil des Interviews mit b1 deutlich. Die Netzwerkkoordinatorin sieht die Rolle der Familienhebamme als eine Schlüsselposition zwischen der Gesundheitshilfe und Jugendhilfe. Mit Hilfe der Familienhebammen können laut der Expertin die Lücken zwischen den beiden Hilfesystemen geschlossen werden. Dadurch können Familien erreicht werden, die bis dahin nicht in einem der beiden Hilfesysteme Zugang gefunden haben. Zudem wurde die Zusammenarbeit mit den Kliniken und deren Vermittlungspotential positiv hervorgehoben.

Positiv an der gemeinsamen Arbeit des SGBV und des SGBVIII nannte eine Familienhebamme (b3) die Möglichkeit in einem Katalog Merkmale zur Aufnahme einer Hilfe nachzuschlagen und sich abzusichern.

Weitere positive Merkmale zu der Zusammenarbeit beziehen sich vorrangig auf die Potentiale des gemeinsamen Netzwerkes Frühe Hilfen und Kinderschutz. Diese werden im Anschluss an den Einfluss des Kinderschutzes betrachtet.

Gemeinsame Arbeit des SGB V und des SGB VIII	
Also (3) in erster Linie sind ja sollen ja Familienhebammen die Lücke zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe schließen.	B1
Also ich habe die Nähe [...] Und kann mich relativ schnell austauschen (2) ja das ist auf jeden Fall ein Vorteil	B1
[...] da gibt es einen Katalog also da müssen die Frauen bestimmte Kriterien erfüllen die auch aufgestellt sind von den Gremien die natürlich Familienhebammen bezahlen ja und da guckst du schon so ein bisschen in den Katalog wer gehört da rein und da gibt's also das könnte ich jetzt nicht alles aus dem Kopf sag ich jetzt mal so Minderjährige, Behinderte, Gewalterfahrene; dann gibt es so also es gibt ne Kategorie eins, zwei, drei und eins sind die die eben schon im Frauenhaus waren, weil sie schon Prügel gekriegt haben ja und dann gibt es ne Kategorie zwei und das wird dann immer so abgeschwächt und wenn von der Kategorie eins schon ein Punkt stimmt kommen die schon in dieses Projekt von der Kategorie zwei und drei das ist so ein bisschen gemildert da muss von jedem ein Punkt dabei sein wo du sagst die Frau kannst du mit in dieses Projekt nehmen aber ich kann es selbst entscheiden	B3

### *Einfluss des Kinderschutzes*

Im Interview mit der Familienhebamme b3 nennt sie die oberste Priorität ihrer Arbeit, den Kinderschutz. Damit macht sie deutlich, dass die Vermeidung der Kindeswohlgefährdung das Ziel und die Grundlage ihrer präventiven Arbeit ist. Mit dem Inkrafttreten des Kinderschutzgesetzes wurden die Familienhebammen von ihrer Schweigepflicht als GeheimnisträgerInnen entbunden. Es ermöglicht und verlangt von ihnen die Meldung einer Kindeswohlgefährdung. Somit können sie aktiv werden und im Falle der Wahrnehmung einer Kindeswohlgefährdung handeln.

Einfluss des Kinderschutzes	
Also ich persönlich in der Netzwerkarbeit trenne es nicht direkt (2) die Fortbildung sind mal zu diesem Thema und mal zu diesem Thema also mal zu Frühen Hilfen und mal zum Kinderschutz und oft ist es die Mischung, weil es halt nicht genau trennbar ist (2) joar, weil ich denke wenn Fachkräfte so wie der letzte Fachtag hieß gut miteinander kooperieren dann ist es gleichzeitig auch Prävention auch vor Kinderschutz also das Kinderschutz auch gar nicht erst greifen muss.	B1
Also das Hauptaugenmerk sind immer die Kinder immer ja (.) die Kindeswohlgefährdung vermeiden [...]	B3
In den Fällen und mach mit den Hebammen auch Fallberatung bzw. Fallbesprechung (3) also jeder Fall eh wird zumindest einmal kurz mit mir besprochen im Vorhinein und auch während dessen immer mal wieder um einfach abzu prüfen ist das die richtige Hilfe für diese Familie, kann die Hilfe vielleicht nicht früher beendet werden oder ist ne andere Hilfe vielleicht ratsamer oder bewegen wir uns schon Richtung Kinderschutz, dass halt diese Hilfe schon nicht mehr das richtige Medium ist.	B1

### *Potentiale eines gemeinsamen Netzwerkes Frühe Hilfen und Kinderschutz*

Die Expertin b1 sieht die Potentiale des gemeinsamen Netzwerkes zum einen in dem Auftrag des Jugendamtes Netzwerkarbeit zu betreiben und somit Mittel und Möglichkeiten zur besseren Kooperation bereit zu stellen. Zum Anderen, durch die Teilnahme an gemeinsamen Weiterbildungen und Fachtagen und dem Versuch einen gemeinsamen Nenner der Zusammenarbeit zu finden oder wie im Begleitheft „Guter Start in die Familie“ (NZFH 2014b:80) beschrieben das Sprechen einer gemeinsamen Sprache zum Wohle der Familie. Ein weiteres Potential was von der Expertin b1 genannt wurde ist die Vernetzung der Fachkräfte und das Vermitteln von Hilfsangeboten. Alle Netzwerkpartner können durch die Netzwerkkoordinatorin als Angebotslotsin Wissen über weitere Hilfsangebote erhalten. Dies ermöglicht ihnen weitere Kontakte innerhalb der Frühen Hilfen aufzubauen. Das Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz unterliegt einer NetzwerkkoordinatorIn und wird wie von Expertin b1 nicht getrennt, da das Ziel der Frühen Hilfen das Abwenden von Gefahren ist

und das Kindeswohl gestärkt werden soll. Positiv nennt die Expertin b3 die Nutzung der Angebotslotsin und die Hilfe bei fallbezogenen Fragen.

Potentiale eines gemeinsamen Netzwerkes Frühe Hilfen und Kinderschutz	
Fachkräfte die irgendwie mit Kindern und Jugendlichen und Familien im beruflichen Kontext zu tun haben miteinander zu vernetzen und zu verbinden insofern, dass ehm sie untereinander wissen was sie anbieten um Familien schneller Hilfen zu kommen zu lassen.	B1
Und ich find man muss schon Fachkräften bewusst machen, was Frühe Hilfen sein sollen und wer eigentlich auch als Früher Helfer tätig ist, weil viele Personenkreise, die Frühe Hilfe leisten sehen sich so nicht. Also ich denke Ärzte sehen sich nicht als Frühe Helfer, obwohl die ja auch [...]Durchaus auch mal Beratung (2) psycho-soziale Beratung leisten und nicht nur wirklich den Gesundheitszustand angucken oder den Krankheitsstand	B1
Wir haben jetzt ja auch den glücklichen Fall dass wir eine Koordinatorin haben die Frau X [...]Und wenn ich jetzt wirklich ein größeres Problem habe und sage oh X das geht überhaupt nicht da, wir müssen hier noch irgendwas anderes machen ja dann erklär ich ihr den Fall und dann versucht sie zu helfen, denn sie hat immer noch mehr Beziehungen zu ringsherum Jugendamt; sie weiß dann immer noch Menschen; den könnte man noch mit ins Boot holen oder den, um vielleicht ne bessere Lösung zu finden	B3

### *Vorteile einer Betreuung der Familien durch die Familienhebammen*

Als fördernde Faktoren in der Betreuung durch die Familienhebammen werden in den Interviews aller ExpertInnen die nicht Stigmatisierung und das positive Bild in der Gesellschaft einer Hebamme genannt. Die Familienhebammen stufen ihren Bekanntheitsgrad im Landkreis Stendal als hoch ein und sehen die Zahl der Selbstmelder als positiv. Die Expertin b3 beschrieb in dem Interview wie sich ihre KlientInnen und deren Familien über ihr Kommen freuen.

Die Familienhebamme b3 sieht die aufsuchende Arbeit als einen positiven Punkt, denn in dem sie die Familien zu Hause besucht erhält sie weitere Eindrücke ohne die Familien auszuhorchen. Sie hat dadurch die Möglichkeit die Familie in ihrem Alltag zu begleiten. Durch diese individuelle Betreuung können die Familienhebammen systemisch auf die Familien schauen und vereinen dadurch mehrere Professionen in sich. Sie können durch ihre Schlüsselposition und ihre emphatische Arbeit die Angst und Scheu vorm Jugendamt nehmen.

Die Familienhebammen sehen ebenfalls ihre langjährige Anbindung an den Landkreis Stendal positiv und die wiederholte Betreuung von Frauen und Familien in ihrer Hebammentätigkeit als Regelleistung oder ihrer Familienhebammentätigkeit. Ebenfalls sehen sie die bereits geknüpften Anbindungen an eigene aufgebaute Netzwerke als einen Vorteil ihrer Arbeit. Durch ihre jahrelange Erfahrung als Hebamme zeigen sie bereits in Teilgebieten der Familienhebammentätigkeit Erfahrung auf und können aufgrund ihrer einjährigen Betreuung die Familien besser betreuen.

Vorteile einer Betreuung der Familien durch die Familienhebammen	
weil ich eben als Hebamme nicht negativ besetzt bin; ne Hebamme hat jede Frau ob Frau Ärztin oder Frau Professorin oder Frau Verkäuferin jeder hat ne Hebamme also wenige haben keine und das fällt den Familien also nicht auf dass das was Besonderes ist ja und das ist ja das was was einem die Tür auch öffnet	B2
Eigentlich schon, aber oft sind es ja Selbstmelderin sozusagen, also wo die (2) Wo vielleicht die Familienhebamme durch alleine diese sieben Jahre Vorlauf die es schon gab, kennt die schon die Familie, hat schon die ersten drei Kinder betreut und bei der Vierten sagt die Familie "oh ich will wieder ne Familienhebamme"	B1
[...] ja sie lassen mich auch in ihre Wohnung wo sie einen anderen überhaupt nicht rein lassen würden	B3

### *Motivation*

Beide ExpertInnen geben an, dass sie ihren Job, trotz Hürden gerne ausüben. Ihre Motivation liegt oftmals in ihrer emphatischen Haltungen den KlientInnen gegenüber. Expertin b2 gab weiterhin an, dass sie die Familienhebammentätigkeit ausübt, um

niedrigschwellig Hilfen anbieten zu können. Die Freude an der Arbeit und die Anerkennung ihrer Tätigkeit scheinen zu dem eine Motivation zu sein, sowie weitere Ausübung ihrer ordinären Hebammentätigkeit, die ihnen nach eigenen Angaben Kraft spendet. Ebenfalls konnten sie wie im vorangegangenen Punkt positive Vorteile ihrer Arbeit aufzeigen. Es scheint jedoch, dass es laut Angaben aller ExpertInnen von den persönlichen Merkmalen einer Familienhebamme abhängt wie motiviert sie die Tätigkeit ausübt.

Motivation	
ja das ist der beste Beruf	B2
[...] Ich bin einfach ganz gerne ganz ganz gerne Hebamme und das macht mir unheimlich Spaß und das ist glaub das was einen einfach auch aufrecht erhält; Geld muss ich auch verdienen ja aber das ist jetzt nicht gut das ist auch wichtig aber ich würde sicherlich nicht 12 Stunden am Tag arbeiten wenn mir das keine Freude machen würde	B2
aber dann wie der Teufel es will äh kam dann wieder ne junge Mutter wo das Jug/ also wo die Koordinatorin mich selber anrief ja und dann schickt se sonst eben meine Kollegin dahin das möchte ich auf gar keinen Fall also fahr ich dahin; [...]und dann hab ich mit der jungen Frau gesprochen die hab ich eben schon mal betreut ein Jahr lang und da bin ich damals auch nicht so oft gewesen und jetzt kriegt sie das zweite Kind; ist bedeutend bestandener hat ne Fahrschule gemacht hat einen Job ja	B2

### *Qualität*

Ein fördernder Faktor der Hebammentätigkeit ist der Erhalt und der Ausbau der Qualität der Familienhebammentätigkeit. Die Finanzierung der Weiterbildung zur Familienhebamme sieht die Expertin b3 als positiv an und wird von der Expertin b1 ebenfalls als ein positiver Punkt für die Akquise von qualifizierten Fachkräften angesehen. Durch die Finanzierung können laut der Expertin b1 Gelder für die Familienhebammen hauptsächlich verwendet werden und es fließen Gelder des Landes für die Finanzierung des Fachtages Netzwerk Kinderschutz. Die Fallbesprechungen, sowie die Durchführung und der Erhalt von Supervisionen und Fortbildungen können die Qualität der Fachkräfte laut der Expertin b1 steigern. Nach

Aussagen der Expertin b3 finden auch Fortbildungen mit regionalem Charakter statt, diese können auf die kommunalen Handhabungen der Familienhebammentätig eingehen.

Qualität	
Und Supervision organisiere ich auch für die, also die bekommen auch regelmäßig Supervision und ja (3)	B1
Durch diese Veränderung in der Regie, dass heißt die müssen (2) Statistik führen, müssen irgendwelche Bögen ausfüllen und das für unterschiedlichste Stellen. Also ich bin dem Land zum Beispiel Rechenschaft Schuldig. Da muss ich immer ein Zugangs- und Aufnahmefeststellung machen, d.h. ich muss genau gucken wann wurde mir der Fall gemeldet, wann wurde der Fall angefangen. Wann wurde der beendet? Wurde ne andere Hilfe installiert? Wie kam es zu dieser Hilfe und so weiter. Das mache ich für die eine Stelle. Dann gibts eh noch ne Stiftung "Eine Chance für Kinder"	B1
[...]Und machen aber für uns ganz viele Fortbildungen in Magdeburg und auch manchmal regional in Halle oder bei den anderen Landkreisen ehm wo gewisse Themen immer ja (.) einfach bearbeitet werden.	B1
2007 noch mal die einjährige Ausbildung zur Familienhebamme gemacht; die Ausbildung wurde vom Land Sachsen- Anhalt bezahlt und hat in Magdeburg stattgefunden; da hat man uns dann eben nochmal so Theorie beigebracht; Kindeswohlgefährdung wie erkenn ich an Kindern oder auch in der Familien liegt hier ne Kindeswohlgefährdung vor und so wie geh ich mit problematischen Eltern um; was ja auch nicht so leicht ist	B3

## 12.2. Hemmende Faktoren

Im folgenden Kapitel werden hemmende Faktoren für die Arbeit der Familienhebammen betrachtet, die von den ExpertInnen in den Interviews der genannt wurden. Dabei wurden zwölf Kategorien genannt die eine gelingende Familienhebammentätigkeit negativ

beeinflussen können. Die hemmenden Kategorien können die gemeinsame Arbeit des SGB V und des SGB VIII sein, der Einfluss des Kinderschutzgesetzes, die Fremdbestimmung der Familienhebamme, die fehlende Kooperation, die fehlende Sensibilisierung für die unterschiedlichen Professionen, die fehlenden Anreize zur Ausübung der Familienhebammentätigkeit, die Finanzierung, die fehlende einheitliche Bestimmung für die Arbeit der Familienhebammen, der Mehraufwand, die Situation im Landkreis Stendal, der Einfluss auf das Privatleben sowie die Datenschutzdebatte. Im Einzelnen werden Kategorien zusammengefasst.

*Gemeinsame Arbeit des SGB V und des SGB VIII*

Betont wird von den ExpertInnen der negative Einfluss durch die Anbindung der Gesundheitshilfe an das Jugendamt. Familienhebammen arbeiten selbstständig und sind durch die Familienhebammentätigkeit durch Honorarverträge an das Jugendamt gebunden. Die genannte Folge ist ein Mehraufwand. So beschreibt die Expertin b1, dass bei noch nicht ausreichender Hilfe weitere Hilfen initiiert werden müssen. Wenn der Schutzauftrag des Kindeswohls nicht erfüllt werden kann, wird in dem Fall das Jugendamt in Form des Allgemeinen Sozialen Dienst eingeschalten. Dies kann dem Ruf der jeweiligen Familienhebamme schaden. Demnach sind die Frühen Hilfen an das Wächteramt des Jugendamts angegliedert. Die Experten b1 zählt sich eindeutig dem Jugendamt zugeordnet und demnach dem SGB VIII, da ihre Vorgesetzte die Jugendamtsleiterin ist. Währenddessen die beschriebenen Aufgaben der ExpertIn b2 vorwiegend der Gesundheitshilfe zugeordnet werden können. Die Expertin b3 sieht den Kinderschutz als ihr Hauptaugenmerk und versucht die beiden Netzwerke unter dieser Prämisse zu verbinden.

Gemeinsame Arbeit des SGB V und des SGB VIII	
[...]ich bin schon ein bisschen auf Konfrontation weil ich eigentlich diese Familienhebammenausbildung gemacht habe um diesen Familien zu helfen ohne der verlängerte Arm des Jugendamtes zu sein und der bin ich ich bin der verlängerte Arm des Jugendamtes ich werde vom Jugendamt bezahlt ich werde vom Jugendamt koordiniert	B2
Die lassen wir nicht rein die eh (2) die meldet ja immer gleich beim Jugendamt ne? Das ist natürlich auch ne Gefahr für die Hebammen, zumindest ne subjektive Gefahr.	B1
ich also ich kann damit überhaupt nicht umgehen es gibt etliche	B2

Familien bei mir die arbeiten deswegen auch nicht mehr mit mir, weil das so ist wie es ist ja	
---	--

*Einfluss des Kinderschutzgesetzes*

Wie bereits im vorherigen Punkt erwähnt arbeiten die Familienhebammen selbstständig und sind seit dem Eintreten des Bundeskinderschutzgesetzes dem Kinderschutz verpflichtet und an die Jugendämter gebunden. Laut der Expertin b1 müssen die Familienhebammen eine standardisierte Dokumentation während ihrer Betreuung der Familien in regelmäßigen Abständen zur Überprüfung der Wirkung ausfüllen. Ebenso nehmen sie an Fallbesprechungen mit der Netzwerkkoordinatorin zur Überprüfung der Ziele teil. Schwierigkeiten die dabei auftreten sind laut den ExpertInnen b1 und b2 die unterschiedlichen Blickwinkel und Vorstellungen der Hilfen. Die Auseinandersetzung mit weiteren Partnern und Dokumenten erfordert mehr Zeit und Aufwand, die nicht in der Finanzierung enthalten sind. Sie sind außerdem verpflichtet bei einer Kindeswohlgefährdung die Umstände zu melden und werden dadurch der Schweigepflicht entlassen. Dies kann wie ebenfalls im vorherigen Abschnitt von Expertin b1 erwähnt dazu führen, dass im Falle einer Meldung der Ruf der Familienhebamme und das Vertrauen der KlientInnen gebrochen ist. Dies führt laut der Expertin b1 auch dazu, dass Fachkräfte der Frühen Hilfen ebenfalls eine Scheu vor dem Jugendamt entwickeln können.

Einfluss des Kinderschutzgesetzes	
ich muss Supervisionen machen und ich muss Fallbesprechungen machen klar sagen die vom Jugendamt ja stellen Sie sich mal vor Frau X da passiert was so können Sie mit uns alles absprechen und Sie sind abgesichert ja (2) das mag alles sein [...] aber ich hab; ich muss von den Patientinnen ne Schweigepflichtsentbindungserklärung unterschreiben lassen	B2
Hmh und wer das nicht will der muss das auch nicht also das ist freiwillig auf jeden Fall [...] (.) wir sind ja in diese Frühe Hilfen eingebunden das ist ja das große (2) Problem[...] Wie auch immer das sieht das Amt natürlich anders ja aber ich habe ja sechs Jahre lang ja alleine hantiert ja also mit mir alleine und mit meinen Familien und das hat ja auch funktioniert ja und ich bin eigentlich auch Familienhebamme geworden um das wird ja immer mit	B2

unterschwelligem Zugang zu diesen Familien auch gleichgesetzt	
---	--

### *Fremdbestimmung der Familienhebammen*

Der Konflikt der Fremdbestimmung der Familienhebammen äußert sich, zum einen in der Anbindung zum Jugendamt und deren Wächteramt sowie zum Anderen in der fehlenden Sensibilisierung untereinander für die unterschiedlichen Professionen. Treffende Beispiele bringt die Expertin b2, die sich nicht verstanden und in ihrer Autorität untergraben fühlt. Es zeigt sich, dass sie ressourcenorientierter im Umgang mit den Familien handeln möchte, jedoch in Form der Fallbesprechung einen anderen Auftrag erhält. Für b2 nimmt die Netzwerkkoordinatorin einen enormen Einfluss auf ihre Arbeit in Form von Anweisungen, obwohl sie ausschließlich in der Besprechung den Fall geschildert bekommt. Daraufhin treten bei b2 Konflikte in der Ausgestaltung sowie in der Länge der Betreuung auf. B2 weigert sich die Anweisungen anzunehmen, da sie angibt bereits gute Erfahrungen in der eigenständigen Arbeit gesammelt zu haben. Der Umstand fremdbestimmt zu handeln ist für b2 keine Art zu arbeiten und wirkt demotivierend auf ihr Handeln. Daraus schließend wirkt es sich auf die Kooperation der Netzwerkpartner untereinander aus. Die Expertin b2 empfindet die Kooperation als negativ und zeigt Vermeidungsstrategien in Form von Verweigerungen auf, währenddessen die Expertin b3 den Kontakt zur Absicherung sucht und sich dem öffnet.

Fremdbestimmung der Familienhebammen	
n Teufel werd ich tun und das hab ich ihr auch schon gesagt, dass entscheid immer noch ich wie oft ich dahin fahr ja und nur weil da zwei Familienhelferinnen gesagt haben die brauchen ne Familienhebamme muss das noch lange nicht heißen, dass da die Kacke am Dampfen ist @ das muss man auch ganz klar mal sagen	B2
ja weil das tut doch gar nicht Not ja dann betreu ich die Frauen falsch also die unterstellen mit zum Beispiel auch das ich also dann das nicht nötig ist die Betreuung wenn ich da so selten hinfahre also die zweifeln im Prinzip meine Arbeit an und das muss ich auch nicht haben ich bin älter und mach das schon ein paar Jahre und ja muss mir nicht von denen sagen lassen (2) ja und das sind so Sachen	B2

zwischen (.) Himmel und Erde die sind einfach (.) äh (.) unmöglich	
Ehm ja (.) und die fährt dann aber trotzdem nur einmal im Monat hin und leistet so nicht die intensive Hilfe sag ich mal. [...] Ja (2) Ist für den Moment (.) nehme wir das so an (.) Ist gut (2) etwas Hilfe zu leisten als gar keine, ja? (.) Langfristig wollen wir aber schon gucken ob wir noch ein, zwei Familienhebammen dazu bekommen.	B1

### *Fehlende Anreize zur Ausübung der Familienhebammentätigkeit*

Unter folgenden Punkt werden Aspekte der finanziellen und personellen Lage, den erschwerten Arbeitsbedingungen, der Situation im Landkreis sowie den Einfluss auf das Privatleben angebracht.

Die Expertin b2 geht im Besonderen auf die finanzielle Lage der Familienhebammen ein und bemängelt die schlechte Bezahlung durch das Jugendamt. Die Familienhebamme äußert, dass die Tätigkeit sich erst bei einer größeren Auslastung lohnen würde. Sie beanstandet die Art und Weise der Berechnung der Stunden und der Fahrtwege. Die Expertin b1 äußert, dass es in jeder Kommune ein anderes Finanzierungsmodell gibt und es somit schwer wird, wirksame Methoden zu vergleichen.

Die Expertin b2 benennt außerdem ein Ungleichgewicht an Zeit und Auslastung der Fälle auf. Gründe dafür bringt b1 auf und nennt die Größe des Landkreises Stendal und verweist auf die langen Fahrtwege.

Ein weiteres Argument für die Schwierigkeit weitere Familienhebammen zu akquirieren, ist die Auslastung der Hebammen mit der Regelversorgung der Mütter. Da laut der Expertin b1 weniger als zehn Hebammen in dem Landkreis verortet und diese alle ausgelastet sind, ist der Bedarf nach einer zusätzlichen Ausbildung ihrer Schätzung nach gedeckt und die Hebammen sehen keine Motivation sich fortzubilden. Zudem ist es laut Expertin b1 und b3 eine anstrengende Arbeit mit schwierigen KlientInnen. Die Expertin b3 verweist dabei auf eigene Handlungslogiken der KlientInnen, die nicht immer nachvollziehbar sind. Eine hohe Belastung der Arbeit tritt nach b3 z.B. auf, wenn man immer wieder Rückschläge in der Arbeit einstecken muss und die Hilfe erneut nicht wirkt.

Ebenfalls ist es eine Tätigkeit die nach den Aussagen beider ExpertInnen Einfluss auf das Privatleben nimmt. Aufgrund der langen Arbeitszeiten und Fahrtwege hat man wenig Zeit für die eigene Familie und den Partner. Ebenso beschränken sich, laut Expertin b3, die Arbeitszeiten nicht nur auf Montag bis Freitag, sondern eine telefonische Erreichbarkeit an Wochenenden oder in Notfällen muss gewährleistet werden.

Fehlende Anreize zur Ausübung der Familienhebammentätigkeit	
Und zum Teil verdienen die ehm (2) Hebammen auch mehr bei der Krankenkasse als hier als Familienhebamme.	B1
[...]also ich verdiene Peanuts mit diesem Familienhebammen Dasein	B2
Und die sind voll, die haben so viel normale Muttis in Anführungsstrichen, dass sie (2) das eh (2) in Anführungsstrichen nicht nötig haben, ja?	B1
Das wollen auch nicht so viele machen (.) weil das eben eine Arbeit ist die (2) schwer ist (.) ich sag jetzt einfach mal schwer ist ja und dicht jeder möchte sich mit diesen Leuten überhaupt auseinandersetzen (2)	B3

### *Datenschutz*

Der Datenschutz spielt im Alltag aller ExpertInnen eine große Rolle. Jedoch haben die einzelnen Interviewten unterschiedliche Ansichten. Zwei der ExpertInnen b1 und b3 sehen die Weitergabe der Daten als notwendig an, um weitere Hilfen zu kommen zu lassen. Die Expertin b1 verweist zu dem auf die Absicherung der Expertinnen im Fall einer Kindeswohlgefährdung. Die Expertin b2 hingegen weigert sich die Daten aufgrund ihrer Schweigepflicht und zum Schutz ihrer Klientinnen grundlos weiterzuleiten. Sie äußert, dass auch ohne die Weitergabe der Namen Hilfen möglich sind.

Datenschutz	
Und auch in anderen Landkreisen oder auch hier war es am Anfang Diskussion (.) die Hebammen zum Beispiel sagen mir den Namen	B1

<p>oder sollten mir den Namen sagen [...]Von der Familie die sie betreuen. Der bleibt hier im Schrank.[...] Aber im Falle des Falles, wenn eine Gefährdungsmeldung kommt und dann die Nachbarabteilung kommt und fragt "Mensch in dieser Familie gab´s hier ne Gefährdungsmeldung, ist da ne Familienhebamme drin?" Würde ja den Weg erleichtern, als wenn die jetzt da sag ich mal drei Hebammen anrufen. Und fragen, ob da eine drin ist.</p>	
<p>Nicht von allen, ja? Ne große Abwehr " Ne ich geb hier keinen Namen preis und das ist Datenschutz und anonym und so (2) gut ja, aber ist halt jetzt so.[...] Wir wollen das jetzt so haben, um uns einfach eh (.) zu versichern, dass wir zumindest wissen wo unsere Hebammen sind und im Falle des Falles, wenn eine Gefahrenmeldung kommt das wir wissen Ah Frau X. ist da drin.</p>	B1
<p>und ich lasse mir von meinen Frauen nicht äh ich kreuze nicht an das ich die Schweigenpflichtsentbindung fürs Jugendamt ich kreuze an für Kinderärzte für Frauenärzte äh für Familienhilfen und dann ist Sen/ Ende im Gelände und wenn sie mich irgendwann aus ihrem Vertrag streichen dann ist es so aber dann äh haben se auch nichts gekonnt</p> <p>aber das sag ich der dann auch nä das sag ich der Koordinatorin und dann kann se (.) ja :: also das ist ne ganz angespannte Situation weil ich eben nicht so mitmache wie die anderen die eine weiß ich nicht aber meine eine Kollegin die Y (.) äh geht da ganz anders mit um</p>	B2
<p>Also wenn ich dort hin komme dann sag ich den Frauen ja auch, dass es in dieser Kette die ihnen jetzt helfen wollen mehrere Partner gibt (.) ja ich lass mir auch ne Schweigepflichtserklärung unterschreiben dass ich eben im Notfallm wenn es Probleme gibt mir dem Kinderarzt reden darf, mit der Frauenärztin reden darf, über sie mit dem Jugendamt über sie reden darf auch falls ich ein älteres Kind in einer Kindereinrichtung habe von ihr; falls da was zu klären ist, dass ich mit</p>	B3

denen reden darf diese Bereitschaft gehen sie ja ein	
--	--

### 12.3. Bewältigungsstrategien

Im Laufe der Analyse der Interviews ist die Kategorie Umgangsstrategie induktiv entstanden. Die gefundenen Umgangs- oder zum Teil Vermeidungsstrategien wurden angewendet, um ihre Tätigkeit auszuüben oder angemessen reagieren zu können. Umgangsstrategien die im Interview mit den ExpertInnen aufgetreten sind waren außer zum besseren Umgang mit dem Kinderschutz in ihrem Tätigkeitsfeld, noch im Umgang mit dem Datenschutz. Die Expertinnen b2 und b3 erwähnten, dass sie sich ihre ordinäre Hebammentätigkeit beibehalten, um positive Erlebnisse mit „normalen“ Müttern weiterhin zu erleben. Die Familienhebamme b3 erläutert ausführlich die Wichtigkeit die Schweigepflichtsentbindung zu unterschreiben, da sie ihnen sonst nicht ausreichend Hilfe zu kommen lassen kann. Die Familienhebamme b2 hingegen verbündet sich mit den Eltern und lässt die Schweigepflichtsentbindung für alle Partner der Frühen Hilfen, außer für das Jugendamt unterschreiben. Die Familienhebamme b3 versucht im Rahmen der gesundheitlichen Untersuchung des Kindes mit der Mutter ins Gespräch zu kommen und das Kind auf blaue Flecken, ein Anzeichen für eine Kindeswohlgefährdung, zu untersuchen. Die Familienhebamme b2 hat eine Möglichkeit gefunden nicht als Familienhebamme tätig zu werden und nutzt die Möglichkeit von weiteren acht Besuchen der Regelbetreuung.

Umgangsstrategien	
Und ich sag ihnen auch, wenn ich nicht weiterkomme und Hilfe brauche dass ich mit ihnen reden muss da geht's noch nicht mal darum das irgendwas nicht läuft aber das kann durchaus sein das ich einfach (.) Hilfe brauche weil ich 's alleine nicht schaffe das eine Familienhilfe rein muss also dazu ich nur einmal die Woche da bin und in diese Familie muss zum Beispiel dreimal die Woche einer rein;[...] und diese Familienhilfe kann ich nur kriegen, wenn ich mit dem Jugendamt zusammen arbeite, weil das dort beantragt werden muss ohne das Jugendamt krieg ich 's nicht ja und das geht eigentlich (.) immer gut ich	B3

sag jetzt also nicht das Jugendamt immer bedeutet das was schlecht ist.	
[...] Also ich mach diese Familientätigkeit nicht nur um aufzupassen also das Baby muss immer nackt auf die Waage, damit ich sehe, ob es zugenommen hat, ob es blaue Flecke hat und so trotzdem hinterfrage ich wie geht's denn bei dir weiter; warst du jetzt beim Arbeitsamt; habt ihr darüber gesprochen; was machst du jetzt für eine Ausbildung, machst du den Schulabschluss [...]	B3
Ja ich betreue weiter meine Familien äh unter also man kann ja auch als normale Hebamme die Wochenbettbetreuung nach acht Wochen noch acht Mal durchführen [...] das kann man so hinziehen, dass man da auch n dreiviertel Jahr auch bei den Familien ist	B2
Wenn ich das so sage aber deshalb macht es das so schwer und deshalb könnt ich nicht nur diese Arbeit machen ich bewahr mir immer noch auch noch meine schönen Entbindungen und schönen Familien weil (.) da gehst du sonst dran kaputt	B3

Im nächsten Abschnitt wird auf die persönlichen Merkmale der Familienhebammen eingegangen.

### *Persönliche Merkmale*

In den Gesprächen mit allen Expertinnen sind oftmals Verweise auf die persönlichen und personalen Merkmale einer Familienhebamme aufgetaucht. Deduktiv ist in der theoretischen Recherche bei dem Kapitel „Kompetenz Profil Familienhebamme“ erstmals die Wichtigkeit der personalen Merkmale aufgekommen. In den Interviews wird im Rahmen des Datenschutzes, des Kindeswohles und dem Umgang mit den Familien auf die Persönlichkeit der Familienhebamme hingewiesen.

Persönliche Merkmale	
aber das sag ich der dann auch nä das sag ich der Koordinatorin und dann kann se (.) ja :: also das ist ne ganz angespannte Situation weil ich eben nicht so mitmache wie die anderen die eine weiß ich nicht aber meine eine Kollegin die Y (.) geht da ganz	B2

anders mit um	
Und es kommt immer darauf an wie sie das rüber bringen	B3
Mehr würde ich sagen (2) Aber Andererseits hat natürlich jede eigene Hebamme, jede einzelne Hebamme schon alleine auch ihr eigenes Netzwerk ne?	B1
Also es ist wirklich so ehm von der Persönlichkeit der Hebamme abhängig, also eine Hebamme die hat einen sehr guten Blick zu dafür, würd ich mal sagen[...]Und die nimmt wahr, wenn da irgendwas nicht stimmt und ruft sofort an und sagt "Mensch ich hab hier irgendwie ein komisches Gefühl"	B1
(1) Aber wie gesagt das ja persönlich, also Persönlichkeitsabhängig	B1
(.) Also wie gesagt, dass ist auch sehr abhängig von den Personen.[...] Also eine, wir haben wirklich eine Hebamme die hat mit nichts Probleme das läuft wirklich super gut also die hast du ja kennengelernt Frau X. [...]Die hat nen gutes Bauchgefühl	B1

Im Anschließenden Kapitel Diskussion werden auf der Grundlage der Ergebnisse die Analyse der Interviews ausgewertet und die Hypothesen überprüft.

## 13. Diskussion

In diesem Kapitel werden die vorangegangenen Ergebnisse anhand der erstellten Hypothesen aus dem Kapitel 10 ausgewertet. Für ein besseres Verständnis dient die Hypothese als Titel des jeweiligen Abschnitts. Um das Kapitel abzuschließen, werden die Leitfragen aus dem selbigen Kapitel 10 in der Zusammenfassung der Diskussion versucht zu beantworten. Das Kapitel endet mit einem persönlichen Fazit.

### 13.1. Hypothese Professionalität der Familienhebammen

Die Professionalität der Familienhebammen ist von äußeren Variablen, wie z.B. der Supervision, der Ausbildung etc., sowie von den Persönlichkeitsmerkmalen der Fachkraft Frühe Hilfen abhängig.

In den fördernden Faktoren bestätigt sich die Hypothese in folgenden Kategorien: Vorteile der Betreuung durch Familienhebammen, die Motivation sowie die Qualität und für die hemmenden Kategorien in den fehlenden einheitlichen Bestimmungen für die Arbeit der Familienhebammen, den fehlenden Anreizen zur Ausübung der Familienhebammentätigkeit, der Situation im Landkreis Stendal sowie den herausgefilterten persönlichen Merkmalen.

Es zeigte sich, dass nicht nur die theoretischen Grundlagen, wie eine weitere Ausbildung zur Familienhebamme ausschlaggebend für die Arbeit der Frühen Helfer sind. Im Detail wird in den Interviews deutlich, dass wiederholt die Begründungen für den Umgang mit der Arbeit die Persönlichkeit bzw. persönliche Merkmale einer Familienhebamme sind. Deutlich wird dies in den Debatten zum Kinderschutz und Datenschutz. Die Supervision und die Fachtage tragen laut der Netzwerkkoordinatorin dazu bei, das Wissen aufzufrischen und Kontakte währenddessen zu knüpfen. Die Supervision scheint ein wichtiger Bestandteil der Netzwerkkoordination zu sein. Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Motivation. Während der Auswertung ist induktiv die Kategorie Motivation entstanden. Wie bereits im vorangegangenen Kapitel die Familienhebammen beschrieben haben, können sie tätig sein, weil sie gerne in ihrem Beruf ausüben. Die Motivation ist demnach ein ausschlaggebender Faktor der die Familienhebammen in ihrer Arbeit fördert.

### **13.2. Hypothese gemeinsames Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz**

Das gemeinsame Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz bildet eine gute Grundlage für den Landkreis Stendal, jedoch bedarf es einer Intensivierung des Informationsaustausches sowie einer weiteren Sensibilisierung für die unterschiedlichen Professionen und ein besseres Rollenverständnis für einander.

Die Ergebnisse der Kategorien Potentiale des gemeinsamen Netzwerkes Frühe Hilfen und Kinderschutz, Qualität, Fremdbestimmung der Familienhebamme, fehlende Kooperation und fehlende Sensibilisierung für die unterschiedlichen Professionen zeigen auf, dass die Voraussetzungen eines gemeinsamen Netzwerkes positiv bewertet wurden. Im gleichen Moment haben die ExpertInnen auf bestehende Missstände hingewiesen. Zum Einen, bietet das Netzwerk eine Angebotslotsin die Frühe Hilfen miteinander verbindet und informiert. Zum Anderen, zeigte sich in den Interviews ein nicht ausreichendes Verständnis für andere Professionen und deren Handlungslogiken. Deutlich wurde dies in den Erzählungen von

gemeinsamen Aufgaben und der Fremdbestimmung der Familienhebammen. Demnach ist die Hypothese zutreffend.

### **13.3. Hypothese Verortung der Familienhebamme**

Die Verortung der Familienhebamme zwischen dem SGB V und dem SGB VIII bringt Unklarheiten in das Selbstbild der Familienhebammen und deren Präventionsauftrag.

Die Ergebnisse der Auswertung der Kategorien Gemeinsame Arbeit des SGB V und SGB VIII, Einfluss des Kinderschutzgesetzes, Potentiale des gemeinsamen Netzwerkes Frühe Hilfen und Kinderschutz, die Fremdbestimmung der Familienhebamme, die fehlende Kooperation und die fehlende Sensibilisierung für die unterschiedlichen Professionen haben gezeigt, dass die Familienhebammen in einer verschiedenen Intensität Unklarheiten in ihrem Selbstbild aufweisen. Eine direkte Zuweisung kann jedoch nicht getroffen werden. Dafür müssten die Umgangsstrategien und die persönlichen Merkmale der Familienhebammen näher untersucht werden. Da die Familienhebammen in den Interviews Angaben zu ihrer Tätigkeit gegeben, jedoch gleichzeitig Umgangs- und Vermeidungsstrategien genannt haben. Das Aufzeigen von Handlungs- und Vermeidungsstrategien kann als eine Unsicherheit bzw. Unklarheit gedeutet werden.

Unklarheiten sind hingegen bei dem Präventionsauftrag deutlich geworden. Es zeigt sich, dass im Umgang mit der Kooperation zum Jugendamt Diskrepanzen aufgekommen sind und die Zusammenarbeit im Rahmen der Familienhebammentätigkeit teilweise nicht gewünscht ist. Dadurch zeigt sich, dass die Familienhebamme in ihrem Präventionsauftrag nicht handelt und die Zusammenarbeit nicht schätzt. Es wird nicht deutlich, ob der Unterschied von einer Primärprävention zu einer Sekundärprävention bzw. Tertiärprävention wahrgenommen wird.

### **13.4. Hypothese monetären und personellen Rahmenbedingungen**

Die monetären und personellen Rahmenbedingungen der Familienhebammen scheinen für den Landkreis Stendal unzureichend.

Aufgrund der fehlenden Anreize zur Ausübung der Familienhebammentätigkeit, der Finanzierung, der fehlenden einheitlichen Bestimmungen für die Arbeit der

Familienhebammen, der Mehraufwand sowie die Situation im Landkreis Stendal wird die Hypothese bestätigt.

Zu den monetären Rahmenbedingungen werden die niedrigere Bezahlung und Fahrtkosten der Familienhebammen bemängelt.

Der Landkreis Stendal bemisst 2.423,15 km<sup>2</sup> und ist damit der 10. größte Landkreis in Deutschland. Aufgrund der Größe des Landkreises und der niedrigen Anzahl von drei Familienhebammen mangelt es oft an zeitlichen Ressourcen, um ihre Arbeit flächendeckend im gesamten Landkreis auszuüben. Gründe dafür sind die langen Fahrtwege und die unterschiedliche Auslastung der jeweiligen Hebamme in dem Bereich der Familienhebammentätigkeit. Zudem stellt sich die Akquise von weiteren Familienhebammen als schwierig dar.

### **13.5. Hypothese psychosozialen Belastungen**

Die psychosozialen Belastungen der Familienhebammen scheinen hoch zu sein.

Die Arbeit der Familienhebammen ist vielfältig und verknüpft an verschiedene Professionen an. Neben dem Einfluss auf das Privatleben der Familienhebammen ist die Tätigkeit mit anderen Bedingungen verknüpft, als deren ordinäre Hebammentätigkeit. In den Kategorien fehlende Sensibilisierung für die unterschiedlichen Professionen, Mehraufwand, Einfluss auf das Privatleben sowie Datenschutzdebatte werden die psychosozialen Belastungen der Familienhebammen deutlich. Demnach haben sie wenig Zeit für ihr Privatleben, ihre eigene Familie und den Partner. Sie haben nach eigenen Angaben nicht nur Arbeitszeiten von montags bis freitags, sondern müssen immer für ihre KlientInnen erreichbar sein. Dieser Umstand hat eine Vermischung des Arbeits- und Privatlebens zur Folge. Eine schlechtere Bezahlung bewirkt Unmut bei den Expertinnen und ist ebenfalls ein Thema. Für die Familienhebammen ist die Selbstständigkeit und die damit verbundene Einzelgänger-Rolle von Bedeutung, da sie in ihrer Familienhebammentätigkeit nicht so selbstbestimmt wie in ihrer ordinären Hebammentätigkeit handeln können. Das fehlende Vertrauen und das Hinterfragen ihrer Arbeitsweise beschäftigt im Besonderen die Expertin b2. Eine weitere Belastung stellt die Datenschutzdebatte für die Familienhebamme b2 dar.

In dem Kapitel 13.6 werden die Fragen nach den fördernden und hemmenden Faktoren, sowie die Umgangsstrategien beantwortet. Im Anschluss wird die Frage nach dem Kinderschutz und dessen Einfluss, sowie die Potentiale des gemeinsamen Netzwerkes

aufgezeigt. Anschließend daran wird die zweite Leitfrage zur Arbeit zwischen den beiden Hilfesystemen beantwortet.

### **13.6. Zusammenfassung der Ergebnisse anhand der Leitfragen**

In diesem Abschnitt werden anhand der aufgestellten Leitfragen die Ergebnisse zusammengefasst.

Der Kinderschutz beeinflusst die Arbeit der Familienhebammen dahingehend, dass eines ihrer Hauptziele als Teil der Frühen Hilfen die Vermeidung von Kindeswohlgefährdung ist. Aufgrund dessen fällt ein Mehraufwand an Aufgaben und Verpflichtungen an. Wenn Familienhebammen in ihrer Tätigkeit agieren, arbeiten sie nicht nur eigenständig in Familien, sondern müssen die Eingangssituation sowie den Verlauf der Begleitung dokumentieren und arbeiten mit der Netzwerkkoordination enger zusammen. Es verändert somit teilweise die Art der Familienhebammen zu arbeiten.

Wie bereits in der Analyse der Hypothese zwei ausgewertet wurde, weist das gemeinsame Netzwerk Frühe Hilfen und Kinderschutz Potentiale auf. Die Potentiale die genannt wurden sind eine bessere Vernetzung der Akteure, gemeinsame Teilnahmen an Fachtagen zur Annäherung der Professionen und deren Verständnis von Frühe Hilfen und Kinderschutz sowie das Bereitstellen einer Angebotslotsin um über weitere Möglichkeiten zur Hilfe aufzuklären.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Familienhebammen ihre Arbeit zwischen dem SGB V und dem SGB VIII unterschiedlich empfinden. Ausgesagt werden kann, dass positive sowie negative Empfindungen der Arbeit zwischen dem SGB V und dem SGB VIII von persönlichen Merkmalen, Rahmenbedingungen der Arbeit, der Motivation sowie von den eigenen entwickelten Umgangsstrategien abhängig sind. Die jeweiligen Aussagen können nur für die Kommune bzw. den Landkreis getroffen werden, in der die Untersuchung stattgefunden hat, da die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für Familienhebammen in jeder Kommune verschieden sind und Bestimmungen nur auf Länder und nicht auf Bundesebene getroffen werden. Unklarheiten bezüglich des Rollenverständnis gibt es aufgrund der Angabe, dass beide ExpertInnen gerne ihren Job ausüben. Eine ExpertIn beschrieb jedoch „ich also ich kann damit überhaupt nicht umgehen es gibt etliche Familien bei mir die arbeiten deswegen

auch nicht mehr mit mir, weil das so ist wie es ist ja" (vgl, Lake 2015) Eine weitere nannte Umgangsstrategie zur Erfüllung ihrer Tätigkeit. Anstrebenswert ist eine Anschlussforschung mit einer intensiveren Betrachtung der genannten Kategorien. Um die Aussagen zu überprüfen, könnte eine Vergleichsstudie in weiteren Kommunen des Landes Sach-Anhalts durchgeführt werden. Eine weitere Möglichkeit wäre eine geleitete Gruppendiskussion, der drei vorhanden Familienhebammen. Dies würde einen direkten Austausch untereinander bewirken und man könnte den Emotionen und Umgangsstrategien einen Raum bieten.

## **14. Fazit**

Es ist positiv fest zu halten, dass die Grundlagen für eine gute Netzwerkarbeit der Frühen Hilfen und des Kinderschutzes vorhanden sind. Negativ aufgefallen ist jedoch, dass es Unklarheiten in der Ausführung der Aufgaben durch die Frühen Helfer, im Rahmen der Hilfesysteme SGB V und SGB VIII gibt. Aufgrund dessen haben Familienhebammen Umgangsstrategien zur Ausübung ihrer Tätigkeit entwickelt. Ergebnis der Forschung ist, dass die persönlichen Merkmale sowie die Motivation der Familienhebammen dazu beitragen mit der Situation umzugehen. Im Detail ist jedoch hervorzuheben, dass aufgrund der genannten persönlichen Merkmale und der Motivation, die Familienhebammen unterschiedlich damit umgehen können.

Weiterhin positiv zu verzeichnen ist, dass die Familienhebammen ihre Arbeit gerne ausüben und aufgrund ihrer emphatischen Haltung gegenüber ihren KlientInnen trotz Hindernissen nicht aufgeben. Daher ist es wichtig, die Motivation aufrecht zu erhalten und die persönlichen Merkmale zu stärken.

Es folgen in dem nächsten Abschnitt des Kapitels Vorschläge zur Optimierung der Arbeit von Familienhebammen.

Zum Aufrechterhalten der Motivation kann ein gemeinsamer Austausch über die Situation in Form einer Supervision mit einem nicht in dem Kreis Frühe Hilfen oder dem Jugendamt angegliederten Helfer stattfinden. Diese oder weitere Formen der Supervision, Reflexion oder Beratung können zur Bewältigung des Arbeitsalltages beitragen. Die Qualität der Familienhebammentätigkeit kann dadurch gesichert und sensibler mit den persönlichen Ressourcen der Familienhebammen umgegangen werden. Des Weiteren sollte den Familienhebammen mehr Vertrauen in ihre Arbeit und Profession zugesprochen werden.

Wie bereits des Öfteren in der Ausarbeitung erwähnt, sind die persönlichen Merkmale einer Hebamme oftmals ausschlaggebend für die positive Gestaltung der Begleitung und in der Arbeit im Netzwerk Frühe Hilfen. Aus diesem Grund wäre es von hoher Priorität auf diese Ressourcen in der Ausbildung der Hebammen sowie in der zusätzlichen Ausbildung zur Familienhebamme näher drauf einzugehen. Lehrinhalte, die dabei stärker in den Fokus genommen werden sollten, sind die Reflexion der eigenen Praxis, die eigene Körperwahrnehmung, Stressbewältigungsmethoden, Vernetzung und Kooperation mit weiteren Netzwerkpartnern, Umgang mit Handlungslogiken der KlientInnen, Bedeutung des Datenschutz und dem sensiblen Umgang mit der eigene Rolle als Hebamme. Diese Lehrinhalte könnten dazu beitragen, mit den psychosozialen Belastungen der Familienhebammentätigkeit besser umzugehen.

Die Honorierung des Mehraufwandes der Hebammentätigkeit sollte gerechter und höher ausfallen, um Anreize zu schaffen und die Motivation aufrecht zu halten.

Ein weiteres Ergebnis der Untersuchung, ist die Vernetzung und die Kooperation unter den Frühen Helfern weiter gestärkt werden muss, damit allen Professionen Verständnis und Anerkennung entgegen gebracht werden kann. Dies hätte zur Folge, dass eine gemeinsame Hilfe effektiver und unter den gleichen Prämissen stattfinden kann. Den Prämissen, gemeinsam den Familien zu helfen und zum Wohle des Kindes zu handeln.

Abschließend zur erwähnen ist die Wichtigkeit des Erhalts der Schlüsselposition und des Vertrauensvorsprungs der Hebammen und Familienhebammen. Um diese Position und das Vertrauen nicht zu verlieren sollten die Frühen Hilfen sensibler mit dem Thema Datenschutz umgehen. Sonst besteht die Möglichkeit den Zugang zu den Familien mit besonderem Hilfebedarf zu verlieren und nicht zum Vorteil des Kindeswohles zu handeln.

## 15. Quellenverzeichnis

Bamler, Vera/ Werner, Jillian/ Wustmann, Cornelia (2010): Lehrbuch Kindheitsforschung. Grundlagen, Zugänge und Methoden. Weinheim/ München: Juventa.

Bastian, Pascal/ Diepholz, Annerieke/ Lindner, Eva ( Hrsg.) (2008): *Frühe Hilfen für Familien und soziale Frühwarnsysteme*. Münster/ New York/München/ Berlin: Waxmann.

Beck, Thomas/ Schaeppi, Werner (2006): Von innen heraus verstehen: Theoretical Sampling- ein neues Stichproben bringt Mehrwerte in die qualitative Marketingforschung.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2008): Volkswirtschaftliche Potentiale am Übergang von der Schule in die Arbeitswelt. Gütersloh.

Bertelsmann Stiftung (Hrsg.) (2009): Was unzureichende Bildung kostet. Eine Berechnung der Folgekosten durch entgangenes Wirtschaftswachstum. Gütersloh.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2009): 13. Kinder- und Jugendbericht. Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland. Berlin.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2012): Bundeskinderschutzgesetz. Berlin.

Die deutsche Liga für das Kind in Familie und Gesellschaft e.V. (Hrsg.) (2012): *Frühe Hilfen*. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. In: frühe Kindheit. Die ersten sechs Jahre. Sonderausgabe 2012. Weinheim: BELTZ.

Deutscher Hebammenverband e.V. (2014): *Nachbesserungen bei Familienhebammen in der „Bundesinitiative Frühe Hilfen“ sind unerlässlich*. Deutscher Hebammenverband fordert: Familienhebammenleistungen sollen ins SGB V aufgenommen werden. Pressemitteilung 14.11.2014.

Dresing, Thorsten/Pehl, Thorsten (2013): *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse*. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. 5. Auflage. Marburg.

- Friedrichs, J.(1973):Methoden empirischer Sozialforschung. Reinbek: Rowohlt.
- Geene, Raimund (o.J.): *Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. Auf dem Weg systemübergreifender Vernetzung.* Stendal.
- Geene, Raimund/ Höppner, Claudia/ Lehmann, Frank (Hrsg.) (2013): *Kinder stark machen: Ressourcen, Resilienz, Respekt.* Ein multidisziplinäres Arbeitsbuch zur Kindergesundheit. Bad Gandersheim: Verlag Gesunde Entwicklung.
- Gesundheit Berlin Brandenburg (Hrsg.) (2014): *Dokumentation Kongress Armut und Gesundheit.* Berlin
- Gesundheit Berlin Brandenburg e.V. & Regionaler Knoten Berlin (2012): *Integrierter Handlungsleitfaden Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt.* Berlin.
- Gesundheit Berlin Brandenburg e.V. (2015): *Handlungsleitfaden Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt.* Berlin.
- Götze, Christiane/ Lutz, Ronald/ Nöthling, Carsten (2009): *Frühe Hilfen in der Praxis.* Ergebnisse einer Tagung. Oldenburg: Paulo Freire Verlag.
- Heaton, Janet (2004): *Reworking qualitative data.* London: Sage.
- Lake, Maike (2015): *Familienhebammen im Netzwerk Früher Hilfen.* Bachelorarbeit. Stendal: Hochschule Magdeburg- Stendal.
- Lampert T, Kuntz B, KiGGS Study Group (2015) *Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu?* Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin.
- LandesKoordinierungs- und Servicestelle Berlin NETZWERKE Frühe Hilfen (2014): *Dokumentation der 3. Fachtagung NETZWERKE Frühe Hilfen „ 1,5 Jahre Netzwerke Frühe Hilfen in Berlin. Zwischenbilanz der Umsetzung der Bundesinitiative.“ im Rahmen der Bundesinitiative Netzwerke Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012-2015.* Berlin
- Landesvereinigung für Gesundheit & Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen (2013): *Gesund aufwachsen für alle Kinder! Werkbuch Präventionskette. Herausforderung und Chancen beim Aufbau von Präventionsketten in Kommunen.* Hannover: BZgA.
- Mayring, Philipp (2002): *Einführung in die Qualitative Sozialforschung.* 5. Auflage. Weinheim/Basel: Beltz Verlag.

- Medjedović, Irena (2010). Sekundäranalyse. In G. Mey & K. Mruck, *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mey,G.; Mruck,K. (2010): Interviews. In: Mey,G.; Mruck,K., *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Nakhla, Daniel; Eickhorst, Andreas & Manfred Cierpka (Hrsg.) (2009): *Praxishandbuch für Familienhebammen. Arbeit mit belasteten Familien*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2010a): *Forschung und Praxisentwicklung Früher Hilfen*. Modellprojekte Begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln: BZgA.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2010b): *Materialien zu Frühen Hilfen 2*. Bestandsaufnahme Kommunale Praxis Früher Hilfen in Deutschland. Köln: BZgA.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2011a): *Bestandsaufnahme zu Entwicklung der Kommunalen Praxis im Bereich Früher Hilfen*. Zweite Teiluntersuchung. Köln: BZgA.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2011b): *Modellprojekt Guter Start ins Kinderleben*. Werkbuch Vernetzung. Köln: BZgA.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2011c): *Materialien zu Frühen Hilfen 4*. Kosten und Nutzen Früher Hilfen. Köln: BZgA.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2012a): *Frühstart: Familienhebammen im Netzwerk Frühe Hilfen*.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2012b): *Materialien zu Frühen Hilfen 5*. Zieldefinitionen für das berufliche Handeln von Familienhebammen. Köln: BZgA.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2012c): Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen. In: frühe Kindheit. Die ersten sechs Jahre. Sonderausgabe 2012. Köln: BZgA.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2012d): *Wirkungsevaluation „Keiner fällt durchs Netz“*. Ein Modellprojekt des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen. Köln: BZgA
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013a): *Der Einsatz von Familienhebammen in Netzwerken Früher Hilfen. Leitfaden für Kommunen*. Köln: BZgA.
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013b): *Kompetenzprofil Familienhebammen*. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013c): *INTERDISZIPLINÄRE FRÜHFÖRDERUNG UND FRÜHEHILFEN – WEGE ZU EINER INTENSIVEREN KOOPERATION*. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013d): *Dokumentationsvorlage für Familienhebammen und vergleichbare Berufsgruppen aus dem Gesundheitsbereich*. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013e): *Aus Fehlern lernen- Qualitätsmanagement im Kinderschutz*. Konzepte, Bedingungen, Ergebnisse. Opladen/ Berlin/ Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013f): *Beiträge zur Qualitätsentwicklung im Kinderschutz 4*. Das dialogisch- systemische Fall Labor. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2013g): *Materialien zu Frühen Hilfen 1*. Interventions- und Präventionsmassnahmen im Bereich Früher Hilfen. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014a): *Bundesinitiative Frühe Hilfe*. Zwischenbericht 2014.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014b): *Guter Start in die Familie*. Frühe Hilfen verstehen und verwirklichen. DVD inklusive Begleitbroschüre. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014c): *Modellprojekte in den Ländern*. Zusammenfassende Ergebnisdarstellung. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014d): *Bundesinitiative Frühe Hilfen aktuell*. Ausgabe 2 2014. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014e): *Empfehlungen zu Qualitätskriterien für Netzwerke Früher Hilfen*. Kompakt 2. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2014f): *Empfehlungen zu Basiskompetenzen in den Frühen Hilfen*. Kompakt 3. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2015a): *Aufgaben und Rolle klären*. Qualifizierungsmodul für Familienhebammen und Familiengesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen- und Pfleger. Qualifizierungsmodul 1. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (Hrsg.) (2015b): *Bundesinitiative Frühe Hilfen aktuell*. Ausgabe 1 2015. Köln: BZgA.

Nationales Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) und Felsenweg-Institut der Karl Kubel Stiftung für Kind und Familie (o.J.): *Methodensammlung: Qualifizierungsmodule für Familienhebammen und Familien-Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen und -pfleger*. Köln: BZgA.

Zu Sayen- Wittgenstein, Friederike (2007): *Geburtshilfe neu denken*. Bericht zur Situation und Zukunft des Hebammenwesens in Deutschland. Bern: Verlag Hans Huber.

Schneider, Eva (2006): *Familienhebammen. Die Betreuung von Familien mit Risikofaktoren*. (2. Auflage) Frankfurt am Main: Mabuse Verlag.

Schwarz, Gerda (2012): *Frühe Hilfen*. Die Bedeutung primärpräventiver Unterstützungsangebote für Schwangere, Mütter und Familien durch Kooperation von Sozialarbeit und Gesundheitswesen. Hamburg: disserta Verlag.

SGB VIII. Sozialgesetzbuch. Achstes Buch. Kinder- und Jugendhilfe. In: Stascheit, Ulrich (Hrsg.): *Gesetze für soziale Berufe*. Band 1. 17. Auflage. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft, 2009

Sozialmagazin (2014): *Frühe Hilfen*. 39 Jg. H. 7- 8. 2014. Weinheim: Beltz Juventa

Stiftung Eine Chance für Kinder (2012a): *Standardisierte Dokumentation bei dem Einsatz von Familienhebammen*. 5. Auflage. Hannover.

Stiftung Eine Chance für Kinder (2012b): *Spagat zwischen „Frühen Hilfen“ und Kontrollen zur Vermeidung von Kindervernachlässigung*. Band 6. Hannover.

Stiftung Eine Chance für Kinder (2012c): *Familien- und Kinderschicksale*. Familienhebammen berichten. Band 8. Hannover.

Stiftung Eine Chance für Kinder (2012d): *Stark machen für die Schwächsten*. Hannover.

Stiftung Eine Chance für Kinder (2014a): Was Sie schon immer zu dem Einsatz von Fachkräften „Frühe Hilfen“ wissen wollten. Band 9. Hannover.

Stiftung Eine Chance für Kinder (2014b): Auswertung der Arbeit der Fachkräfte Frühe Hilfen (Familienhebammen und/ oder Familie- Gesundheits- und Krankenpflegerinnen) für das Jahr 2014 in LK Stendal. Hannover.

Uhlendorff; Euteneuer & Sabla (2013): *Soziale Arbeit mit Familien*. München/ Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Witzel, A. (1982): *Verfahren der qualitativen Sozialforschung*. Überblick und Alternativen. Frankfurt: Campus. S. 72

*Internetlinks:*

Aerzteblatt.de (Hrsg.) (20.05.2015): Nachbesserungen am geplanten Präventionsgesetz gefordert. Verfügbar unter:

<http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/62234/Nachbesserungenam-geplanten-Praeventionsgesetz-gefordert> [24.04.2015; 15:30]

Beck, Thomas/ Schaeppi, Werner (2006): Von innen heraus verstehen: Theoretical Sampling- ein neues Stichproben bringt Mehrwerte in die qualitative Marketingforschung. Verfügbar unter: <http://www.wernerschaepi.ch/download/Theoretical%20Sampling.pdf> (20.08.2015; 14:30)

Bundesministerium für Gesundheit (17.12.2014): *Gesetzesentwurf der Bundesregierung*. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention. Verfügbar unter:

[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217\\_Gesetzentwurf\\_Praeventionsgesetz.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/P/Praeventionsgesetz/141217_Gesetzentwurf_Praeventionsgesetz.pdf) [21.04.2015; 14:15]

Bundeszentrale für Politische Bildung (15.01.2013): Hintergrund: Zur Notwendigkeit des "VorBild"-Projektes. Verfügbar unter:

<http://www.bpb.de/lernen/projekte/vorbild/164819/hintergrund> (19.08.2015; 12:22)

Deutscher Bundestag (18.06. 2015): Bundestag entscheidet über Präventionsgesetz.

Verfügbar unter:

[https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw25\\_ak\\_praeventionsgesetz/378304](https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2015/kw25_ak_praeventionsgesetz/378304) (23.08.2015; 12:43)

Landkreis Stendal (2010): Lokales Netzwerk „Kinderschutz“ im Landkreis Stendal. Verfügbar unter: [https://www.landkreis-stendal.de/de/netzwerk\\_kinderschutz.html](https://www.landkreis-stendal.de/de/netzwerk_kinderschutz.html) (19.08.2015; 11:03)

## **16. Eidesstaatliche Erklärung**

Hiermit erkläre Ich an Eides Staat, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werke entnommen sind, habe ich durch eine genaue Quellenangabe kenntlich gemacht.

Stendal, 04. September 2015

---

Isabell Roof, Autorin

## **17. Transkription des Interviews auf CD**

## Frühe Hilfen im Schwerpunkt

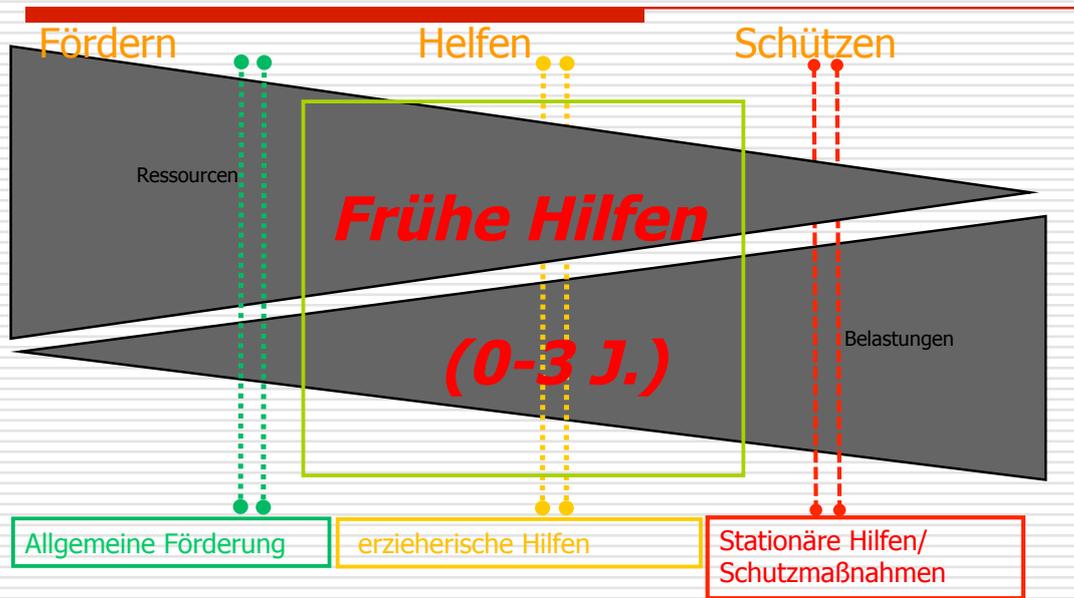


Abbildung aus Vortrag zu „Gesundheitsförderung und Frühe Hilfen. Auf dem Weg systemübergreifender Vernetzung“ von Prof. Dr. Raimund Geene MPH

Anlage Interviewvereinbarung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich

Tina Schulze

an einem Interview für die Bachelorarbeit „Frühe Hilfen zwischen der Gesundheitshilfe und der Kinder und Jugendhilfe am Beispiel von Familienhebammen“ teilnehme.

Mit der Aufzeichnung des Interviews auf Tonband und der anschließenden Verschriftlichung bin ich einverstanden. Ich erlaube die Auswertung mit der Bezeichnung als Expertin/als Experte der Profession \_\_\_\_\_.

Ich, die/der Interviewte möchte anonymisiert werden?

ja

nein

Kontaktdaten der/des Interviewten:

Vor- und Nachname: Tina Schulze

Telefon: 03931 1607111

E-Mail: netzwerk-winderschute@Landkreis-Stendal.de

30.06.15 T. Schulze

Ort, Datum    Unterschrift der/des Interviewten

[Signature]

Unterschrift der  
Interviewer/des Interviewers

